

痛苦心理学

林昆辉 著

電子工業出版社

Publishing House of Electronics Industry

北京·BEIJING

未经许可，不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。
版权所有，侵权必究。

图书在版编目（CIP）数据

痛苦心理学 / 林昆辉著. —北京：电子工业出版社，2015.1
ISBN 978-7-121-24729-3

I. ①痛… II. ①林… III. ①人生哲学—通俗读物 IV. ①B821-49

中国版本图书馆CIP数据核字（2014）第261941号

策划编辑：白 兰

责任编辑：张 轶

印 刷：中国电影出版社印刷厂

装 订：中国电影出版社印刷厂

出版发行：电子工业出版社

北京市海淀区万寿路173信箱 邮编：100036

开 本：710×1000 1/16 印张：12 字数：100千字

版 次：2015年1月第1版

印 次：2015年1月第1次印刷

定 价：35.00元

凡所购买电子工业出版社图书有缺损问题，请向购买书店调换。若书店售缺，请与本社发行部联系，联系及邮购电话：（010）88254888。

质量投诉请发邮件至zlts@phei.com.cn，盗版侵权举报请发邮件至dbqq@phei.com.cn。

服务热线：（010）88258888。

C O N T E N T S

010

序

011

PART 1 生与死的翘翘板

014

（一）第一层：生与死

016

（二）第二层：幸福与痛苦

017

（三）第三层：四个翘翘板

019

PART 2 痛苦

020

（一）衰老（A）之苦

021

（二）疾病（B）之苦

022

（三）意外伤害（C）之苦

022 (四) 自杀 (D) 之苦

023 (五) 引以为苦

025 1. n 值无限大

026 2. 无所不引

026 3. 无对象性

029 PART 3 PS_A: 衰老之苦

030 (一) 切断 PRA_n 的第二循环痛苦 (引以为苦)

032 (二) 联结 FS → FR (建构幸福 vs. 痛苦的翘翘板)

033 1. 动力重建

039 2. 能力重建

C O N T E N T S

043 PART 4 PS_B: 疾病之痛

045 (一) 疑病期

045 1. 病人之苦: 两种心理现象

048 2. 家属协助病人承受疑病之苦的方法

050 (二) 康复疗养期

051 1. 病人的行为征兆

052 2. 承担病人之苦的方法

054 (三) 慢性病期

054 1. 慢性病工作者的痛苦

055 2. 如何帮助慢性病工作者

056 (四) 绝症期

057	（五）安宁期
058	1. 家属如何帮助自己
058	2. 家属如何帮助病人
059	（六）精神病期之苦
060	1. 第一类：人格疾患之苦
064	2. 第二类（上）：精神官能症之苦
074	3. 第二类（下）：忧郁症之苦
097	4. 第三类：精神分裂症
117	PART 5 PSc：意外伤害之苦
119	（一）晴天霹雳与危机处理

C O N T E N T S

119	(二) 身体的病痛与残疾
120	(三) 意外致死
120	(四) 当事人如何帮助自己
120	1. 购买适当的保险
121	2. 预立遗嘱
121	3. 紧急联络人
121	4. 预填器官捐赠卡
121	(五) 家属如何帮助当事人
121	1. 安葬仪式
122	2. 医疗照护
122	3. 心理治疗

123	PART 6 PS _D : 自杀致死
125	（一）自虐之苦
126	1. 自虐者的痛苦
127	2. 家属如何帮助自己与当事人
131	（二）自残之苦
133	1. 割腕者的痛苦
135	2. 家属如何帮助割腕者
136	（三）自杀之苦
138	1. 自杀者的痛苦
143	2. 家属如何判读生命危机
150	3. 家属如何帮助自杀者与家人

C O N T E N T S

157 PART 7 结论：最后的叮咛

159 PART 8 附录：精神疾病预后的心理治疗

161 （一）服用抗精神病药物病人与家属

161 1. 抗精神病药物的副作用

162 2. 调药：病人以身试药

174 3. 调药与规律用药的病人

178 4. 精神病人的家属

182 （二）为什么要预后的心理治疗

182 1. 要求继续调药吗

183 2. 精神疾病的病因与治疗模式

185	（三）开启预后心理治疗
186	1. 心理治疗模式的操作
189	2. 预后心理治疗的时机



序

本书旨在定义与说明五种生之痛苦，并以家属为核心，来了解病人之苦、家属之苦，以及家属如何帮助自己、家人与病人之苦。幸福和痛苦的两端之间，最炫耀人心的是快乐与否？生死相逼的是值不值得？雄霸衰馁的是成败？安适与贪婪相随的是有无？可是人生不如意事十之八九，十之八九的创伤事件，造成的最大伤害就是——痛苦。痛苦是什么呢？从不快乐、不幸福，以至痛苦，推着生命从生朝向于死。五种痛苦令人生不如死，什么苦比想死还苦呢？看着想死的亲人，家属之苦难以言表，精神病人家属之苦更无以言喻。苦，就怕一个“慢”字，慢慢受苦，真是折磨。病人之苦，非亲身体会不得而知。病人家属之苦，非至亲至爱罹患重病无从同理。至苦的家属照护至苦的病人，堪称痛苦心理学的终极典范。

——林昆辉

PART 1

生与死的翘翘板



因为活着与继续活着所以幸福，因为趋向于死或致死所以痛苦。足以致死之实体或虚拟创伤，引发的创伤心理称之为痛苦。相对于死之痛苦，活着就是幸福，继续活着更是万幸；活得成功（赢）快乐、值得，则是极致的幸福。

在生与死的翘翘板上，人在生死两端移动；而且是由生向死，不管你愿不愿意都无法改变。死的那一端是“痛苦”，生的那一端是“幸福”。且生的一端架着一个幸福与不幸福的翘翘板，这个翘翘板的幸福端之上，又垂直架着四层翘翘板，分别是“有与无”的翘翘板、“成败输赢”的翘翘板、“快乐不快乐”的翘翘板与“值得不值得”的翘翘板；而不幸福那一端之上，也平行架着这四层翘翘板，但是四个翘翘板都坏了，整个人处于“无所谓有或无”、“无所谓成败输赢”、“无所谓快不快乐”与“无所谓值不值得”的虚无空白状态。生与死翘翘板的痛苦端，则垂直架着叠着五类创伤事件，分别是“衰老以致于死”、“疾病（含：精神疾病）以致于死”、“意外伤害以致于死”、“自杀以致于死”。图说如下表：

生命图说总表

第三层：生活事件	<div>值得 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5</div> <div>不值得</div>	<div>值得</div> <div>不值得</div>	衰老（以致于死）的痛苦
	<div>快乐 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5</div> <div>不快乐</div>	<div>快乐</div> <div>不快乐</div>	疾病（以致于死）的痛苦
	<div>成（赢） +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5</div> <div>败（输）</div>	<div>成（赢）</div> <div>败（输）</div>	意外伤害（以致于死）的痛苦
	<div>有 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5</div> <div>无</div>	<div>有</div> <div>无</div>	引以为苦（以致于死）的痛苦
	<div>幸福 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5</div> <div>不幸</div>	<div>幸福</div> <div>不幸</div>	自杀（以致于死）的痛苦
	<div>幸福 +11 +10 +9 +8 +7 +6 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10 -11 -12 -13 -14 -15 -16</div> <div>痛苦</div>	<div>幸福</div> <div>痛苦</div>	
第二层：我与人生	<div>生 +21 +20 +19 +18 +17 +16 +15 +14 +13 +12 +11 +10 +9 +8 +7 +6 +5 +4 +3 +2 +1 0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10 -11 -12 -13 -14 -15 -16</div> <div>死</div>	<div>生</div> <div>死</div>	
第一层：人			

幸不幸福？痛不痛苦？快不快乐？值不值得？生活中许多所见所闻的定义混淆，不但造成语意的误用与误解，更造成贴错标签而自误误人。例如：小学三年级的学生对妈妈说“我恨我们老师”，“全班同学都恨他”，这是不了解恨字的语意成分而误用的结果。又如，老公对老婆说“我很痛苦”，这其实，可能只是“不快乐”。未成年人很少错用“痛苦”来形容“不快乐”，更常发生于日常生活中。以上图说，把几个常用的口语与生命的现象，明确地区分如下。

（一）第一层：生与死

这是人类最原始的存有状态，生死之于人展现完形心理学所描述的“形－基互换现象”（当两个以上的单元结构成一个整体时，若这当作部分的单元也具有整体的性质时，某个部分的单元可以前进为主体的 figure，来主导其他退为背景 ground 的部分单元，而

凸显为整体的外显形式与性质；当作 figure 的单元可视之为存在，当作 ground 的单元可视之为存有。本文以现象学的括号 [] 来表示 ground 的单元，并以有序对的数学形式来表达形 - 基互换后不同的整体。序对之前者为 figure，后者 [] 部分为 ground。故：人 = { 生，死 } = { (生，[死])，(死，[生]) } (人之现象的整体这个集合，包括生与死两个部分单元，有时生的现象与欲望成为 figure，死的现象与欲望成为 ground，所以生命的存在朝向于生存。有时反之，故生命的存在朝向于死亡)。所以人类的生与死两种现象与生理历程，其实是同时并存的。人类发展成熟的历程与衰老的历程中，死亡的威胁与历程却是同时存在的。人类在发展与享受生命之时，会把 [死] 存而不论。人类在面对死亡威胁时，虽然他还没死还活着，却会把 [生] 的诸种现象存而不论。死亡的威胁难以承受时，就说“生不如死”。死亡的价值超过生存时，就说“死有重于泰山”。

爱生恶死是动物的本能，生是活着，死就是灭亡。没死以前，都还是活着，除了死那个当下以外，全都叫活着。所以生的指标是从 +1 到 +10，死的指标则是九生 (-1 ~ -9，+9 ~ +1) 一死 (-10)。

(二) 第二层：幸福与痛苦

本文把“痛苦”定义为：致死刺激与反应，把“幸福”定义为：生之状态（活着）。致死的刺激有五种，所以有五种致死之痛苦，分别是：衰老（以致于死）之痛苦、疾病（以致于死）之痛苦、意外伤害（以致于死）之痛苦、引以为苦（以致于死）的痛苦及自杀（以致于死）的痛苦。相对立于痛苦的刺激与反应，称之为幸福。幸福中又区分幸福和不幸福的感觉，所以线性排列时，是“幸福（幸福－不幸福）－痛苦”的关系。不幸福不等同于痛苦，相对于痛苦，不幸福仍是幸福。

幸福感包括：有与无、成与败、快乐与不快乐、值得与不值得八种状态。不但有、成、快乐、值得是幸福，就连无、败、不快乐、不值得等状态也都是幸福。不幸福是指这四个翘翘板毁了，当人呈现无所谓有无、成败、快不快乐与值不值得时，就会失去了幸福感呈现不幸福的状态，把不幸福引以为苦，就引发自杀的动机，而

进入自杀的痛苦。

最特别的痛苦不是痛苦，而是“引以为苦”。个体把不幸福“引以为苦”，个体把四个翘翘板的四个负端“引以为苦”，甚至把四个正端也“引以为苦”。这种操作不足以致死的刺激物，产生负向心身状态而逼迫自己“以致于死”的特定刺激——反应历程，称之为引以为苦（以致于死）的痛苦。不足以致死的刺激物，却产生致死反应的痛苦，就叫做引以为苦。前述四种痛苦是真苦，引以为苦是假苦。可是假苦的好发率与影响力，却远远大于真苦。引以为苦的人，是心理咨询的对象。沉溺于自杀的痛苦的人，是心理治疗的对象。

（三）第三层：四个翘翘板

幸福感的四个翘翘板，也互有“形－基互换现象”，而让个体选择以哪个翘翘板为“形”。但是生活事件在某些翘翘板的表现太过强烈（例如：一直失败，每件事都失败）时，那个翘翘板也会成为“形”。哪一个当“形”翘翘板，决定于下列四个因素：一是习惯，

二是机会，三是能力，四是个体的选择，其中以个体的选择为最重要。四个翘翘板的正负端，都是用来评估一个个的生活事件。只要翘翘板能动来动去，不管落在正端或负端，我们都可以归结于第二层而说：我是幸福的，我的人生是幸福的。如果翘翘板都毁了，生活事件完全无法评估也不必评估，我们就归结于第二层而说：我是不幸福的，我的人生是不幸福的。第一层的对象是：人；第二层的对象是：我与人生；第三层的对象是：生活事件。前文生命图说总表的操作，协助个体自由穿梭于生命的三个层次，能够不改变实体世界的事件而得到安适。

PART 2

痛苦



生命中有五种痛苦，全都趋向于死亡。只要还活着，就会被这五种痛苦威胁。

(一) 衰老(A)之苦

衰老是痛苦，愈是衰老愈是痛苦，衰老致死更是痛苦至极。出生至成熟后，14岁起皮肤即开始率先老化，至65岁以后，10大器官系统机能的退化，至少约40%以上。愈老身心愈衰弱、机能愈退化。人不论有无觉察，都可以享受自己生命（身心灵）的成熟与发展，这是生之喜悦。人无法承受自己生命（身心灵）的衰老而趋近于死亡，这是死之苦痛。体渐衰、力渐竭，江河日下而薄暮将逝，令老年人自信心、自我影像、自我角色扮演、自我安全感、自尊、自我价值感和自我意志，随着时间逐步崩溃殆尽。这七个“自”破坏后，老年人就开始不“自爱”。愈不自爱的人，就愈痛苦、愈趋近于死。

(二) 疾病(B)之苦

疾病会破坏 10 大器官系统的组织，引爆强大的、全面的、不可修复的组织性或功能性的障碍。疾病可以在任何年龄，夺走人的生命而致死。遗传性疾病让当事人与相关人哑了口，凄惶至死而无法接受。感染性疾病令人捶胸顿足，悔恨交加。急性症状飞扑上身，人就突然按了停止键，必须停下一切“重要的事”、“非做不可的事”、“非爱不可的人”——看病、治病、养病。慢性症状缠身不去，人就萎靡、泄了气，更加速衰老的速度。因病而疑病，又因疑病而多病。除了生理性的疾病，人又发生另一类精神疾病。精神疾病不但重创当事人，更重创当事人的家属。精神疾病不直接走向死亡，但却会引发伤人或自伤而致死。疾病是生命的第二种痛苦，不但痛苦而且是灾难、是苦难。

(三) 意外伤害(C)之苦

因意外事故造成身体或心灵的伤害，引爆带着强烈情绪的持久痛苦，且痛苦延续至死。历年 10 大死因排行榜，意外伤害致死总盘踞前几名。意外伤害致死，是死之痛、死之极苦。意外伤害未致死，却可能造成肢体残障或长年卧病等不同等级的身体伤害与心理创伤。因为是意外，所以生命就变得荒唐、荒谬。突然间生命列车脱轨了，棋盘上的棋子全部移了位。痛苦不在于如何让棋子复位，而是“下不下去了”——当事人和家属，都不知道要如何活下去。

(四) 自杀(D)之苦

贪生怕死，人之常情；养生护体，人之常理。怎么会出现自杀的念头或行为呢？杀死自己——是何等的痛苦呢？想杀死自己，犹

豫要不要杀死自己，犹豫何时、何地、用何方法杀死自己，又是怎样的痛苦呢？不是自己要自杀，而是至亲好友要自杀，自杀死了或自杀未遂再二次、三次试图自杀，要怎么苦、怎样痛，才对呢？自个儿自杀未遂，又该如何痛苦呢？这些痛苦都直接和死亡绑在一起，致死的痛苦、趋近于死的痛苦、想死的痛苦——令人、令众人，锥心刺骨了无生趣。

（五）引以为苦

衰老、疾病、意外伤害与自杀，这四种致死的创伤事件（S：刺激），就是 PS（痛苦刺激），而这 PS 也引发创伤心理的 PR（痛苦反应）。图示关系式如下：

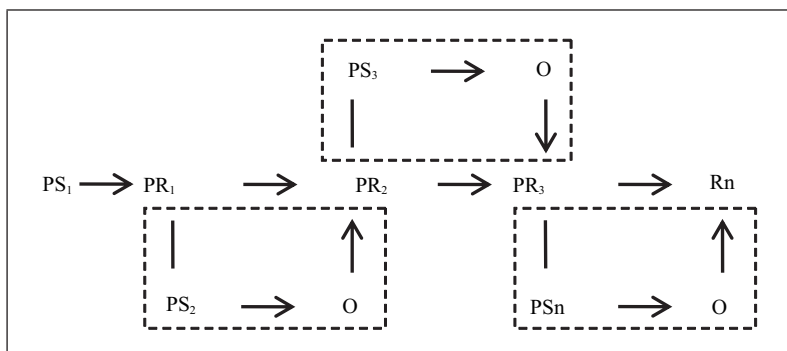
$$\text{PS}_{(A.B.C.D)} \rightarrow \text{PR}_{(A.B.C.D)}$$

这个式子表示 S 出现时，R 也会出现。但是 S 未出现或觉察不到 S 的时候，R 不是也该不见了吗？当 PS 已消失，PR 却一直持续出现时，表示如下：

时段 1: $PS_1 \rightarrow PR_1$

时段 2: $PS_1 \rightarrow PR_1 \rightarrow PR_2 \rightarrow PR_3 \rightarrow PR_n (n = 1 \rightarrow \infty)$

这个 PR_n , n 值从 1 到无限大, 就是“引以为苦”。引以为苦的真相, 是下一个式子:



原来在 $PR_1, PR_2, PR_3 \cdots PR_n$, 这个从苦₁ (PR_1) 愈想愈苦₂ (PR_2) 苦₃ (PR_3) ……没完没了的痛苦 n (PR_n) 的反应系列中。苦₁ 当然苦, 但是真正的苦, 在于苦₂——苦 n 的延续、发展与累积。文字序列的描述上被省略一个“我”字, 应该是: 我好苦₁, 我愈想, 我就愈痛

苦 n 。苦₁是前述四类创伤事件造成的，引以为苦 n 是我自己造成的。
(虚线区块表示 $R_1 \rightarrow R_2$ 的内在历程，相对于个体 O ， PR_1 就是内在刺激 PS_2 ， PS_2 刺激 O 而产出 PR_2 的反应。)

“引以为苦 n ” 这一个动机病毒，是最可怕的情绪杀手。它似乎来自文化，它不学而知且不知而行。它执行时当事人通常没有觉察，就算有觉察也自认“停不下来”、“是必然的”。例如：“像这样子，我不会痛苦吗？我能不痛苦吗？说不痛苦就可以不痛苦吗？我喜欢痛苦吗？我愈来愈痛苦，我好苦，我受不了这种苦，为什么我要受这种苦？可不可以不要痛苦？没办法，我就是会想，愈想就愈痛苦，无边无际的痛苦包围着我，我深深地跌入无法喘息的、沉重的痛苦的深渊之中。” 这些告白、对话或内在语言，说的苦其实都是苦 n ，可是当事人却以为是苦₁。“引以为苦”的动机病毒，造成三种灾难和最大的伤害：

1. n 值无限大

这个动机病毒执行的时间没完没了， n 值可以无限大。可以想（执行此动机）整天、整夜、日日夜夜、停了还可以接回去、在任何地方任何时间，都能“想”。 n 值愈大，痛苦的时间愈长，痛苦的程

度也从-1朝-10移动。戒除“引以为苦”的恶习，是动机管理的重大功课。参见下图：

$$S_1 \rightarrow PR_1 \rightarrow PR_2 \rightarrow PR_3 \rightarrow PR_n$$

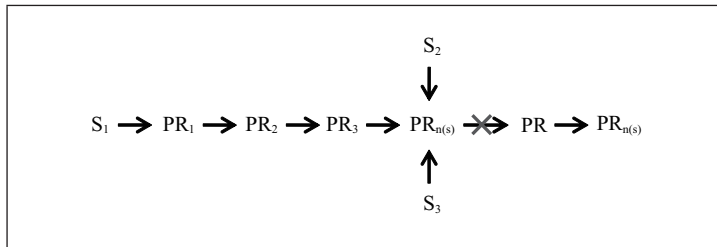
2. 无所不引

引PS以为苦，是属情有可原。但是大部分的人每天引以为苦的，都不是“痛苦端”的四类PR，而是“幸不幸福”的那四个翘翘板。上焉者以没有有无、没有成败输赢、没有快乐也没有不快乐、没有值得也没有不值得为苦。中焉者以无、以输以败、以不快乐、以不值得为苦。下焉者甚至以有、以成（赢）以快乐、以值得为苦。

3. 无对象性

套入以上动机病毒程序之S，种类愈宽、事件愈多，以致“无所不引”时，不同的 PR_n 就叠在一起而产出 $PR_{n(s)}$ 这种复合的、混

合的、搅成一团的痛苦。 $PR_{n(s)}$ 危险处在于，不同的 S 混在一起后，S 和 PR “对象性”的因果关联会“切断”，而呈现非对象性的、非条件刺激的、自发的 PR 如下：



此时，当事人对创伤事件的创伤反应发展历程，就从常态反应走入病态或变态反应，而迈进人格违常、精神官能症、精神分裂症，甚至自杀的危机之中。不引以为苦，是减少与减轻痛苦最重要的技术，但是四类痛苦刺激不同于其他刺激处，在于这四类 PR 非碰上不可，碰上就如影随形摆脱不掉。

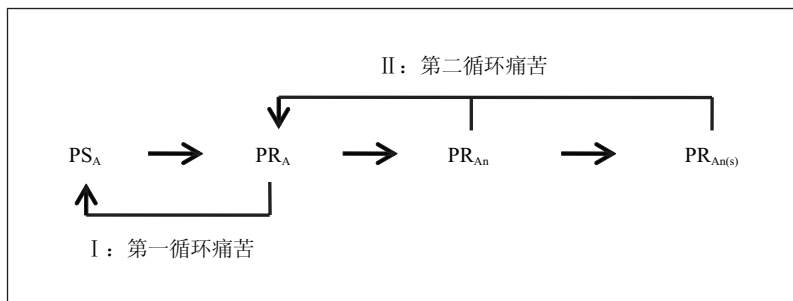
PART 3

PSA :: 衰老之苦



衰老之苦 (PS_A) 最是吊诡：从儿童至青春期当然没有衰老之苦，青春期中至中年期有衰老之实却大都无衰老之苦，中年期至老年期间或有衰老之感却不一定有衰老之苦。可是一进入老年期，衰老之苦则立即与日俱增难以稍忘。老年人每日都得面对 PS_A ，所以以 PS_A 为苦就引发 PR_A 。老年人承受衰老之苦的方法有二。

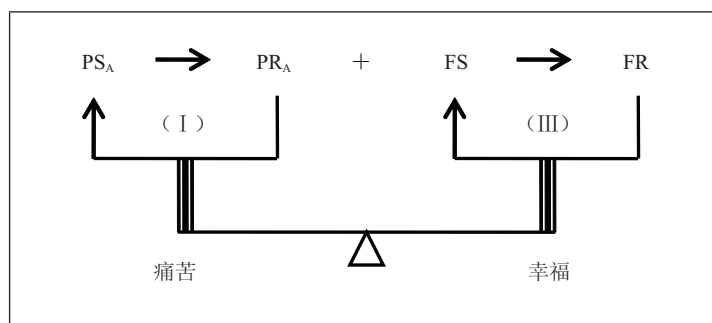
(一) 切断 PR_{An} 的第二循环痛苦 (引以为苦)



老年人有两种痛苦的循环，第一种循环痛苦是 $PS_A \rightarrow PR_A$ 的回

圈，第二种循环痛苦是 $PR_A \rightarrow PR_{An} \rightarrow PR_{An(S)}$ 的回圈。第一循环痛苦已经很苦，却是不能避免与切断，因为老化引发之 PS_A 是必然的。第二循环痛苦虽然比第一循环痛苦更苦、苦更久，却是可以切割与避免的。老年人必须学会正确的反应性自我语言，当 PS_A 出现时，脑海中必须浮现以下自我语言（或说出）——以平叙句描述 PS_A （描述身体的老化或症状，例：我走不动了，脚抬不起来！）和 PR_A （描述心理的痛苦与害怕，例：我老了，真是没用！或怎么办？气死我了！）， PS_A 重复出现则重复叙说标准这些语言。绝对禁止以下的念头或语言：“我不要这样”“为什么会这样”“以后就只能这样了”。这样才能禁制 PR_{An} 与 $PR_{An(S)}$ （各种 PR_{An} 联结在一起）的出现。（只要以叙述句重复描述每一个 $S_i g R_i$ ，虽然卡在 R_i ，却不会卡在 R_n 。 R_i 是 S_i 出现时，当下立即的“被动性痛苦”。 R_n 却是 S_i 未出现时，因为 R_i 而产生的“主动性痛苦”，且 n 值愈大痛苦的时间愈长、愈是痛苦）。老年人遇到的最大困境就是——白天想、晚上想、一直想、愈想愈痛苦。老年人最苦的其实不是 PS_A 引发之 PR_A ，而是 PR_A 引发之 PR_{An} 或 $PR_{An(S)}$ 。

（二）联结 FS → FR（建构幸福 vs. 痛苦的翘翘板）



老年人很难自己切断 PR_{Am} ，总是会跌入痛苦端的第 II 循环。第 I 循环与第 II 循环痛苦的联结令老年人痛不欲生，老年人要如何来承受第 I、II 循环之痛呢？方法有二个：第一个是动力重建，重建寻找幸福的动力；第二个是能力重建，重建幸福感、享受幸福感的第 III 循环。老年人才能凭借第 III 循环的幸福，而去承受第 I 循环的痛苦。

1. 动力重建

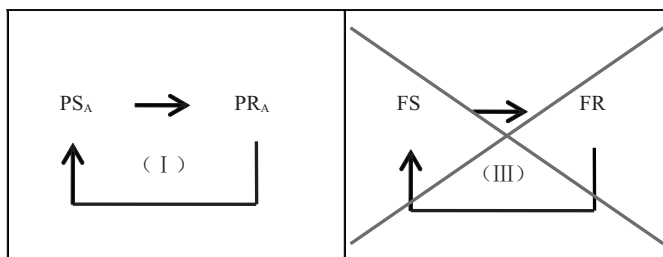
老年人跌入第 I 循环后，就会一直卡在 PR_A 和 PS_A，整日整夜都把注意力放在自身每一个 PS_A，以及每一个 PR_A 的反应上。他会一直向自己（内在语言）或向别人描述（或比较）自己身体每一个衰老的症候（PS_A），以及自己因而产生的身、心、灵的苦痛（PR_A）。他努力寻找，放大并逐一锁定每一个 PS_A 与 PR_A，而出现以下的 PR_{An(S)}。

（1）10 个 PR_{An(S)}

- A、他会在忧郁与焦虑的症候间游移。
- B、他也会在恐慌与畏惧的症候间游移。
- C、他会摧毁自己的自信与安全感。
- D、他也会摧毁别人对他的感情与相对角色行为期待。
- E、他会漠视自己拥有的成功、快乐与值得的幸福。
- F、他也会把幸福端与不幸福端的一切都引以为苦。
- G、他会摧毁自己对别人的感情与自我角色扮演。
- H、他也会苛责别人不帮他、不理他、害他。
- I、他会苛责自己没有生之勇气与能力，批判自己没有“生”的价值。

J、他也会判决自己只有“死”路一条。

因为以上的 10 个 $PR_{An(S)}$ ，老年人根本就只困死在第 I 与第 II 循环的痛苦，而完全把第 III 循环的幸福给搁置了、忘了，甚至毁了。



要怎么做，老年人才愿意张眼去看、动手去摸、用心去思索，而肯定自己拥有幸福呢？追求幸福感的动力，就藏在老年人的 10 个 $PR_{An(S)}$ 里。当老年人向你述说或表出那 10 个 $PR_{An(S)}$ 时，千万不要做错误的回应，而要有正确的回应。错误的反应让老年人愈陷愈深，正确反应会让老年人愿意去开启第 III 循环。

(2) 错误的回应

A、完全否定：不管老年人用负向语言叙说或表出任何主题，尤其是上述 10 个 $PR_{An(S)}$ ，都给予完全的否定说“没有啦！”“不是

这样啦！”“别人不都是好好的！”“你很正常啦！”“不需要担心呵！”“不需要怕啦！”“你很好呵！”“要有自信啦！”“你看，你这么棒！”“你看，全家人都这么爱你、喜欢你、保护你、关心你。”“比如说……事，不是很快乐吗？”“比如说……事，不是很有价值吗？”“你很成功的。”“你很幸福的。”“你不能这样说我们，我们是爱你的。”“你不准这样看自己，你是很有能力的。”“没有人要害你，你怕些什么呢？”“不要乱想了。”“不要自己把自己搞得这么悲伤。”“不要想、不要一直想这些。”“不要焦虑，一切都很好！”

B、部分否定：以“概化”来部分否定，总说“大家都这样。”“老了就是这样。”“不是只有你这样。”。不要回应说“没有你说的这么痛苦啦！”“没有这么严重啦！”“还没到这个地步啦！”“反应过度了，事实不是这样啦！”“就算是，也不需要这样啦！”“当然会痛苦，可是没必要这么夸张啦！”或者用比较句型说“你不是最严重的啦！别人比你更惨。”“你比别人好太多了！”“你看看别人，就不会这样子哀声叹气了！”“人家有像我，像我们对你这么好吗？”“我们的用心会比别人差吗？你怎么可以这样说呢？”“我们要怎么做你才会满意呢？知足常乐啦！”“没有人像你这么紧张、

这么怕死的啦！”“每一个老年人如果都和你一样，岂不天下大乱了。”“你看看别人，想想自己，不要弄得大家都活不下去了！”

C、拒绝反应：对于老年人的 $PR_{Am(S)}$ 统统不予反应，视若无睹、听而不闻，甚至嗤之以鼻。

D、攻击反应：对老年人所有的 PR_A 都以攻击句型(或动作)反应，例如：“继续哭呀！哭死算了！”“继续想呀！想到发疯抓狂，你最高兴对不对？”“怕什么？怕死一个算一个，你怎么活得愈久愈没用呵？”“你本来就没有啦，这辈子你干过什么好事，现在才在叫，良心发现了哦！”“不满意是不是，我(们)对你不够好是不是，你想想你怎么对别人的？”“你有没有良心呵！我(们)对你这样，你还……”“你不幸福吗？对，你不值得幸福。”“你很痛苦吗？对，你活该痛苦！”“活不下去是不是，你早该死啦！活着碍事哦！”“不知足、自恋，你自卑感作祟啦！”“能吃就好了，没死就偷笑啦，别嫌了！”

(3) 正确的回应：(先做完 A 才能做 B，只做 A 或 B 都无效)

A、完全承认与接受：老年人述说与表达出的每一个 PS_A 、

PR_A、PR_{An} 和 PR_{An(S)}，都给予——

a、承认：承认老年人的处境，事实（每一个 PS_A）的确是如此。要说“是啊！”“就是呵！”“就是这样呵！”“天呀！”“唉唷！”“唉！”“是！是！”“没错！”

b、接受：接受老年人“个别性”的反应，事实（每一个 PR_A、PR_{An} 与 PR_{An(S)}）的确是如此。要说“当然”“当然你会这么想”“当然你会这么说”“当然你会这么做”“你一定会难过的”“你一定会担心的”“一定会害怕的”“一定很痛苦”“是啊，信心都没了！”“是啊，你一定很不安、很怕、很恐惧……”“是啊，你哪还快乐得起来”“对不起，我错了！”“对不起，我疏忽了！”“对不起，请你原谅我！”“我做的不好”“我知道了，我真的是做得不够”“对不起，让你这么想、这么难过、这么折磨、这么痛苦”……

B、完全的肯定与正向预言：老年人述说与表出的每一个 PS_A、PR_A、PR_{An} 和 PR_{An(S)}，都给予——

a、肯定：对人做肯定，对人的德行、能力肯定，对角色的扮演做肯定。例如：“你好好唷！”“你真是个好人。”“你是一个好男（女）人。”“你是一个好爸爸（妈妈、丈夫、妻子、爷爷、奶奶、兄弟姐妹……）”“不可以让你过这样的日子！”“你应该生活得

更好才对，不然就是老天无眼。”“一定要改变这一切，一定要给你最好的。”“你的心肠好好哦。”“你总是这么贴心。”“你过去付出了那么多。”“你是我们最爱的人。”“你的人生、你的勇气，让我们好自卑！”“一切都重来，一切都要最好的，本来你就该拥有最好的！”“为了你，一切都值得。”

b、正向预言：对未来做正向的预言，预言自己也预言老年人。例如：“我会改变，我会改变这一切，我会付出最大的努力来改变这一切！”“我会做到的，我知道我该怎么做了。”“我知道你需要什么了，这些都是你应该得到的，我一定会让这一切变成真的。”“我懂、我改，我一定做到！”“你会得到应得的一切，你值得！”“为了让你快乐，让你幸福，日子即将改变！”“你会看到幸福，我将给你幸福！”“你的日子会好过、会快乐，我保证。”“我（们）会陪着你、关心你、爱你，用你喜欢的方式来疼爱你，我保证。”

2. 能力重建

因为家人正确的反应，或老年人自己正确地修正自己的观念，所以老年人才有动力，能在衰老之苦中，张眼、抬手、起身、移步，去看、去触摸、去靠近、去拥有幸福和不幸福，去懂得、去接受、去享受痛苦与不痛苦的生命。他才能把痛苦的生命对立于不痛苦的生命，才能在痛苦与不痛苦的交互洗礼中，撷取自我生命最真实的成败、喜乐与价值。

动力出现之后，老年人汲汲寻找生活中的幸福感。一个眼神、一句话、一个动作，只要有一点一滴的幸福感，就足够他放下许多的苦楚。当他可以从日常生活中，觉察与撷取幸福感的刺激物事（FS）时，幸福感的身心反应（FR）也油然而生。如何帮助老年人建构 FSDFR 的第Ⅲ循环呢？以下是能力重建的正确方法，没这么做就是错误，就会打破第Ⅲ循环令 FR 变少，令 FS 也愈来愈少而消失。

（1）抗衰老行动的股份与分担

对老年人衰老的各个状态都要了如指掌，且要斤斤计较。不但要比当事人还在乎，还要帮他把他不好意思说出来的担心（今天或这礼拜皮肤状况差一点）或高兴（今天或这礼拜精神好一点）表达出来。因为你很注意，他就不必那么去注意。因为你很担心，他就

不必那么担心。因为你说了出来，他就不必一直想要要不要说？要怎么
说？说了有没有用？不但要说出来，还要提出抗衡的实质对策，
例如：吃些什么？做些什么？洗什么？擦什么？喝什么？改变些什
么？甚至提出要不要看医生、要不要挂整形美容的门诊？抗衰老行
动系列，是为了发生“替代”的疗效，因为家人的“置入”，老年
人不得不“移出”，甚至劝你“不用这么担心”、“没什么啦”“这
又无所谓”“不用看医生啦”“整形，笑死人哦！”，因为抗衰老“行
动”的执行，所以不会令老年人停在“更为焦虑”之中，反而从过
程中“觉察”家人的爱心呵护，而能得到源源不绝的幸福感（例如：
试用不同的洗发精，又例如：家人讨论哪一种乳液更适合奶奶擦）。

（2）晨昏定省，出入报告

全家大小出入家门务必趋前告知，早晚三餐都要问候。这是每
日提供老年人多重 FS 的最佳方法。

（3）建构权力感

建构权力感，让老年人觉察自己在家庭中拥有适当权力位阶和
参与感，而不是毫无权力（无人重视，没人把我当一回事，啥事都

管不了，老了没用了）。方法如下可供参考使用：

A、规划一些事务，把决策权交给老年人。例如：小孙子能不能去远足？今天能不能早点睡？盆栽要摆在哪里？

B、规划一些事务，让老年人可以参与决策。例如：电视机要换什么品牌机型？电饭锅要买什么颜色？

C、规划一些事务，是一定要告诉老年人知道的。例如：办公室怎么了？家里谁怎样了？哪位亲友又如何如何了！

PART 4

PS_B : 疾病之痛



疾病之痛（PS_B）最是苦楚，从长痘子、疹子……，到牙疼、头痛、指甲缝肿痛……，以及感冒、胃痛、腹泻……从世纪三大疾病：癌症、艾滋病、忧郁症，到各种罕见疾病和不治之症。人类从出生起，就有机会承受疾病之痛的侵袭。不同的年龄层，还会发生不同种类的疾病。遇到感染性疾病，还能推因测果引以为鉴。遇到遗传性疾病，就只能怨天尤人、悔恨今生。人生最憎恶疾缠身，闻之丧胆者为癌症和爱滋病，心碎者为忧郁症。癌症和艾滋病，代表致死之恶疾。忧郁症则代表精神疾病，精神病不是致死的绝症，却令人痛不欲生。疾病不只是痛苦，更是灾难。身受疾病之痛的人，又怎生承受这种苦楚呢？

承受疾病之痛苦，区分为疑病期、康复疗养期、慢症期、绝症期、安宁期和精神病期。有人卡在某一期，有人从一期渡过另一期。不同时期的人，各有不同自助和助人的方法。

(一) 疑病期

不是每个人都有疑病期，只有那些俗称“惜皮仔人”（台语），比较自恋、比较怕死，平常对各种生理刺激或生理反应都比较敏感的人；或者缺少自信心和自我安全感、容易钻牛角尖、习惯对长辈或平辈生气，平日生活较刻板化、猜疑心较重、啥事都要有个原委的人，则较易于病情初发之时，出现心理性的疑病期。疑病期可分为两种心理现象。

1. 病人之苦：两种心理现象

过虑现象通常发生在生病初期或慢性疾病患者（或家属）身上，虑病现象则发生于虑病症患者身上。

(1) 过虑现象，过度担心与焦虑

当事人在病情初发身体不适时，就开始担心“我怎么了？我生病了吗？我生什么病了？我会不会得重病？我的病会不会好？我病了，我的工作（学业、家人……）怎么办？我病了，我就不能……了？我不要生病，我不要打针吃药，我如果治不好怎么办？吃这药会好

吗？这个医生行吗？诊断没错吗？检查会不会有问题？”他的担心焦虑，全部焦注在自己的病情与生活之中。

（2）疑病现象，四处看不同科的门诊

当事人如果罹患心身症，就容易出现疑病现象。因为是心理引起的生理症候群，不是器质性的缺损，而是功能性的间歇性影响，且症状会变化。生理上的检查大抵都在安全值以内，症状也不符合疾病分类的全部要项。医生无法诊断他是什么病，无法告诉他“你得了什么病”，也无法开药给他、告诉他疗程。不是“先开些药，你吃吃看”，就是“检查起来，没有某某病症”，或者介绍他“挂某某科再检查看看”。

当事人的病症得不到确认，心理的过虑现象就更加转换为“我怎么了？我到底得什么？连什么病都不知道？生病了，就要知道为什么生病和生的是是什么病呀？医生说没病，可是我明明就不舒服呀！”他开始找同一科不同的医生，然后开始挂别的科，看的科别愈来愈多，检查的项目愈来愈多，甚至干脆就做全身检查。结果还

是一样“没病”，现实还是感到“我这里痛，那里不舒服”。他更慌了“一定哪里不对”，“一定要有原因”，“看了那么多医生，却不知道我得了什么病，我怎么办？我是不是没救了？我是不是一辈子都会这样？”“医生说还可以检查某些项目，问我要不要检查？我又不是医生，怎么问我要不要检查？到底我是病人还是医生？”

疑病现象的当事人，不但对自己、对自己的病情、对医生、对医院、对检查有疑虑而深度不安，更把这种不确定性引发的焦虑，转移至家人或照顾者身上。他会对家人咆哮或埋怨：“你们都不关心我，我生病了知不知道，不用看医生吗？医生说没病，你们就算了吗？检查没怎样，可是我痛苦呀！你们认为无所谓对不对？说我乱想的，不要想就不会痛了是不是？我这么难过，能够不想吗？那个医生竟然叫我看身心科，我疯了呀！我神经病是不是？这些痛都是我瞎编出来的是不是？大姨介绍的那个医生到底要不要去看啦？某某科到底要不要去看啦？到底要不要到另外一家医院重新检查一遍？这一堆药到底吃什么？你们又说随便我？医生也问我要不要检查特别项目？我是医生是不是？我说了你们说我乱想，我不说你们就当我没病、病好了、不会痛了是不是？”

2. 家属协助病人承受疑病之苦的方法

疑病之苦，当事人自己承受不了，家属也无法承受。家属不但面对病人的焦虑与恐惧，还要面对病人的抱怨与攻击。家属怎么劝慰都无效，怎么说怎么做都错，无能为力与不知如何是好的感觉，重创每一个家属。家属生气、悲伤、自我激励、耐心陪伴，却换来一记又一记的重创。看着对自己咆哮的病人，家属却必须知道：家人亲友或照顾者若不伸出援手，当事人会愈陷愈深；过虑只是焦虑并发强烈的情绪状态；疑病则由焦虑转移至强迫症，更非当事人所能自救。家属务必采用“顺向疗法”，才能逐步帮助当事人脱离苦海。顺向疗法，家属务必操作下列程序：

（1）过虑现象

当事人出现过虑现象时，协助者务必执行下列技巧：

A、接受：专心听、表情凝重，口中唯唯诺诺，绝对不怀疑或否定当事人的说词。

B、锁定：表达“我最担心的是……”询问“你最担心的是……”完成“分段（逐步）缩小焦虑范围”的操作项目。

C、肯定：对病情的发展，以及治疗的速度，给予正向肯定。

D、示好：表达对当事人的感情、喜爱和能力的崇拜。

（2）疑病现象

当事人出现疑病现象时，协助者务必执行下列技巧。家属或照顾者操作前四种技巧，可有效缩短否认期，有利于转介临床心理师之后的疗程，并减少相互的冲突。

A、角色认证：当事人怀疑的自我状态或病情，全部都把它当真。必须异口同声，相互呼应。

B、角色心理替代：协助者要针对当事人不同时刻述说的不同病情，全部表现出过虑现象。让当事人觉得，协助者比他更担心、更慌张、更害怕、更疑惑、更想找到真相，借以“替代”当事人的负向动机与情绪。

C、角色行为替代：协助者要比当事人更主动积极寻找医疗信息，安排同科不同医生与不同科别医生看诊或检查。

D、平行角色发展：每次就医前、中、后阶段，协助者应与当事人扮演相同角色。用第一人称述说与行动，并与当事人充分讨论。

E、转介心理治疗：疑病症心理治疗的关键，在于当事人承认自己患了疑病症。疑病症病人最不能接受家人或医生说“你患了疑病

症”，上述角色替代疗法就是缩短“否认期”的方法。临床心理师会操作心理治疗技巧，缩短与完成否认期“我不可能患疑病症”的心理历程，而进入自怜期：“怎么是我得这种病？”次而缩短与完成自怜期的心理历程而进入羔羊期：“为什么我会得疑病症，怎么发生的？谁害的？”再缩短与完成羔羊期的心理历程，进入求助期：“谁来帮我呢？”给予全面协助而脱离疑病症。有时候，过虑与疑病的人并非病人而是家属，这样子的家属务必求助于临床心理师，避免久而久之又引发了病人产生过虑与疑病现象。

(二) 康复疗养期

急性期正值病情急性发作，当事人承受巨大身体病痛与医疗作为，心理上无暇去觉察或在乎他人的作为与互动。急性症状解除，进入康复疗养期就大不相同了。

1. 病人的行为征兆

康复疗养期的最大障碍，就是一直在生活事件互动中找证据，证明下列第一件事，再用第一件事要求第二件事。

（1）第一件事：我是病人

他很注意自己的病情发展和身体状况，努力找出自己和家人或其他人互动时体能的差异，每一个差异都是一块标签，他努力给自己贴上一块又一块的标签。我们可以想象，一个人全身贴满写着“我是病人”的立可贴——这就是康复疗养期的最佳写真。

（2）第二件事：你们要关心我、让着我

向自己和别人展示“我是病人”的标签，为的是要求下列四件事：

A、扩大与持续享受当一个病人的特权。

B、你们的关心不够，你们要用心照顾我、疼我。

C、我生病了，情绪当然不好，你们必须谅解、必须让着我。

D、你们不该对我要求太多，更不可以对我生气，也不可以不理睬我。

处于康复疗养期的人，情绪变易性会变大，对刺激的反应程度也会变大。占据家庭权力系统上位的人，易把上述特征都表现出来。但是，处于家庭权力系统下位的人，虽有以上心理历程，却“不敢”

展露为外显行为，而表现出外表安静低沉，内心却澎湃激荡的状态。

2. 承担病人之苦的方法

这个阶段的人，心里可怜兮兮，外表却易凶巴巴的。他容易宽以待己，却又易严以律人。他容易原谅自己、放纵自己，却要求别人（通常是特定人而非每个人）更多。这种人已间的冲突，造成这个阶段病人与照顾者双方的痛苦。

（1）如何帮助病人

家属要帮助病人渡过这种冲突之苦，就得执行下列两种贴标签作业，来削弱或减轻病人的冲突之苦。贴这两种标签的最高准则是——不和病人发生任何冲突。

A、帮病人贴反向标签

病人自己贴的标签是“我是病人，所以我不必……”家属或照顾者或治疗师要帮病人贴反向标签，同样标示他是病人，内容却改为：

“你的病还没好，所以不能……” “等你病好了，就可以……” “你若能……，病就会快点好。” “为了让病好起来，所以你要……，

我们要一起……”

B、帮自己贴标签

病人帮自己贴的标签是“我是病人，你要关心我、疼我、让着我……”家属自己要贴给病人看的标签是“你是病人，所以我要帮你、管你、调整你的作息、饮食、心情……不能让你不小心耽误了病情的疗养，”“你是病人，我一定要帮你把病养好，所以我一定要……”“你是病人，我好担心、好关心你，所以我一定要……”

(2) 如何帮助自己

康复疗养期的病人，生活只剩养病一事，往往会因为失去目标感，而不耐烦这种单调沉闷、无趣、乏味的养病生活。养病的人，除了适当的运动外，就是要“静养”。静养之关键不在追求高高兴兴的快乐心情，而在于不气不怒、不悲不愁、不哭不怨、不烦不闷，更在于冲虚平和、悠然自得与清净安适。

家属或他人的帮忙，焦点在于下列二项：一是减低病人的“欲求”，二是降低病人与外界的冲突。至于病人能否得到“静养”的实效——让自己的心境离开极端的正负向动机与情绪，更难、更需要的是上述静养之心的“经验”。欲收静养之功效，只能靠病人自己。病人必须知道这个“知识”，才知道要去做哪些事，来达到这个目标。

就不会因为日子挨不过，就找自己或家人开刀胡闹。

(三) 慢性病期

慢性病的病人，区分成工作者和非工作者。没有工作或已退休而罹患慢性病的人，就好似康复疗养期的病人一样。慢性病的工作者，则面临社会角色（职场与家庭角色）相对于病人角色的冲突，而破坏自信心与安全感。且会出现以下痛苦。

1. 慢性病工作者的痛苦

(1) 工作角色怨恨病人角色（A 类）

当事人认同工作角色，把病人角色当做来找麻烦的，对于慢性症状厌烦至极、仇恨至极。于是把工作角色所有的不顺或挫败，都归因于慢性病之苦。

(2) 病人角色怨恨工作角色（B 类）

当事人认同病人角色，对于工作厌烦至极、仇恨至极。认为我是病人，为什么还要工作（上班、上学、照顾别人……）于是将慢性病之所以治不好，之所以一直折磨人，都归因于工作之苦。

2. 如何帮助慢性病工作者

家人、同事或照顾者，必须有能力辨识，当事人是下述 A 类或 B 类。

（1）A 类

对于 A 类的当事人，应该努力帮他贴上 A 标签“你是了不起的工作者”，“有慢性病还能工作真是了不起”，“慢性病这样折磨，还能工作、还能工作得这么好，真是了不起”。A 类病人不但需要别人知道他身受慢性病之苦，更重要的是肯定他在工作上的努力与成就。所以，工作角色的激励、赞美与肯定，才能帮助他承受慢性病之苦。家属与同事千万不能劝他说：“生病的人，何必工作得这么辛苦？过得去就好，不要太认真，身体健康比较重要。”

（2）B 类

对于 B 类的当事人，应该努力帮他贴上 B 标签“你是了不起的病人”，“没几个这样子发病的人还去工作的”，“哪有病人要做

这么多事的”，“做这么多事，病情还能保持稳定，真是了不起啊！”B类病人不但需要别人知道他身受工作之苦，更重要的是肯定他在治疗、养病上的努力与成就。所以，病人角色的激励、赞美与肯定，才能帮助他承受慢性病之苦。家属与同事千万不能劝他说：“工作这么忙，还有时间生什么病呢？又不是多严重的病，干嘛不工作啊！这么一点儿病，工作该没问题吧！”

（四）绝症期

知道自己身患绝症的病人，已被告知大概只能再活若干年，所以生命开始倒数，每天都愈靠近死亡。绝症期的人面临死亡的实际威胁，对死亡的畏惧，无法逃避的害怕与焦虑，珍爱的人、事、物都将永别的不舍，让剩下的这几年或几个月，每天都是折磨，一天比一天更折磨。病未致死，人已恐慌心碎而死。家属或照顾者，务必要求病人接受心理治疗。只有临床心理师给予“二次生涯治疗”，

才能帮助绝症期病人承受绝望的死亡之苦。

二次生涯治疗，由临床心理师协助当事人，把出生至得绝症切断为“第一个生涯”，再把现在至预期死亡的日期建构为“第二生涯”。并对第一生涯进行重建，然后开启第二生涯的目标、价值、苦乐与成败。二次生涯治疗的对象，第一个是当事人，第二个是家属与亲友。当事人采用特别心理治疗模式，家属与亲友则采用团体治疗模式。二次生涯治疗的程序只能执行一次，第一次若失败当事人会拒绝第二次，故临床心理师宜谨慎行之。

(五) 安宁期

安宁病房的病人，区分为有要求和没要求的二类。有要求是病人要求照顾者协助他执行某些动作，例如要坐起来、要下床、要走走、要到外面去等。家属照顾病人，且知病人将不久于人世是苦，病人要求做他做不到的事是苦，拒绝病人是苦，病人被拒绝也是苦，二苦相对滋生怒气、怨气、伤心与痛心都是苦。

1. 家属如何帮助自己

家属必须自助或者获得协助，共同确认这个时期不同于加护病房外的等候，共同确认尘埃已落定的当下，家属们该做的是哪些事（包括：丧葬事宜、遗物处理、财产继承、医疗保险等事务；暨家属创伤心理发展的必经心理历程，家属如何互相扶持共度伤恸与难关等心理及精神创伤之治疗）。细目如下：

- （1）家人彼此知道：其他家人都已付出最大努力。
- （2）家人彼此相信：其他家人都愿意承担公平的事务负荷。
- （3）公平规划每个家人实际承担的工作。
- （4）家人彼此知道对方的心理创伤落在“创伤发展阶段”的哪个阶段，以及相互慰藉的方法。
- （5）共同确认陪当事人走这最后一程的价值为何？各人可以支付的成本？以及必须承受的代价。

2. 家属如何帮助病人

家属帮助病人只有一个字，就是“顺”。例如：病人方才恢复

意识没几日，就吵着要下床。问题是病人连坐起来都很困难，哪可能下床呢？这时就出现病人吵着下床，家属劝着不要下床，病人生气不能下床，家属生气病人闹着要下床，双方气来气去，就有家属气急了哭起来，病人气坏了也哭起来……正确的处理方法是：对病人说“好呀！我帮你下床，”病人就会高兴。家属要高兴地、甘愿地、真挚地帮病人撑起身子，协助他做下床的动作。直到病人做不来，自己放弃了，才能停下来。停下来时，还要告诉病人说“没关系，晚一些，你想下床时，我们再试试看。”“这次还差一点点，下次再试试看好不好。”“唉唷！就差一点儿，下次一定会成功的！”这就是“顺”的方法，如此一来双方都高兴。人都将死，就别再折他的意了。顺意就畅心，让病人高高兴兴的，才是病人与家属承受安宁之苦的真谛。

（六）精神病期之苦

精神疾病的病人可区分为三类：第一类是人格疾患，第二类是精神官能症，第三类就是精神分裂症。第一类以他人为苦，第二类

自以为苦，第三类不知苦而令人痛苦。

1. 第一类：人格疾患之苦

人格疾患俗称人格违常，是指当事人异于常人、常理、常规、常识的念头、言语、表情、动作、声音、行为，其原因源自扭曲的人格结构与内容。这类病人没有痛识感、没有是非价值感，苦乐的感觉与反应程度却十分强烈。人格疾患最困扰当事人的就是多思多虑到几乎失控，而未达到强迫的状态。对家属而言，则道理说完、好话说尽，该做不该做的都已规范完毕。哭骂叫打、能做的都已做完，可当事人却依然故我。不可理喻、不胜其烦、不堪其扰至不知所措，正是家属的写照。

（1）家属怎么帮助自己和家人

家属必须先自助、互助，必须先让自己不会忧伤，才有心神帮助病人。

家属必须告诉自己、教育自己、说服自己和家人：

A、他不是故意的、不是找我们麻烦、不是找自己麻烦、不是

不管理自己、不是放纵他自己、不是爱生气、不是爱找茬、不是没事找事、不是不懂事、不是不顾怜、不疼惜、不感谢家人、不是偷懒、不是爱发脾气、不是爱哭、不是爱闹、不是自卑、不是自暴自弃、不是劝不听、不是说不得、不是教不会、不是个性不好、不是固执、不是不合作……

B、他是病人，他生了缠人、烦人的疾病，他不是自己故意要生病的，不是活该他必须生病的，他甚至不知道他病了，他不知道他病很久了，他可能懊恼自己生的病，他可能憎恨自己为什么会生这个病，他甚至可能不知道自己是病人，他可能每天都在猜疑为什么我会这样……

C、他知道自己和别人不一样，他也认为我们想的做的也都和他不一样；其实他坚持己见时，也不知该如何是好；其实我们生气时，他也不知道该如何是好；就像他伤心难过气愤时，其实他也不知道该如何是好。

D、他是病人，一切一切都是疾病引起的，都不是他能控制的。要求他是没有用的，责怪他、迁怒于他都是没用的，吃药是不会好的，人格重建需要漫长的时间，不是三五个月就能成功的。

E、如果家属无法做到上述四项，务必寻求临床心理师的协助——

家属接受心理治疗。否则，当事人还没成为精神病人，家属就已精神病发作。

（2）家属如何帮助病人

家属免于被病人伤害之后，才有动力与能力去照顾与帮助病人。

A、专心聆听

“听到不想再听”、“看到不想再看”、“当做没听到”、“当做没看到”、“随便听听”、“随便应付应付就好”、“听到就气”、“看了就伤心”，家属免于被病人伤害后，就不会出现上述行为。所以病人说些“不是人话”、做些“不是人事”，还流露着“人不该有的表情”时，还能真心诚意地“专心聆听”。专心聆听的行为标准是：眼睛看着对方，适时发出语助词（嗯！哦……），频频点头且表情与病人一致（同喜、同悲……）。

B、各自表述

家属不必对病人不合情理的言行做反应，要记住“他说他的，你说你的，各自表述”。各自表述的重点在于，病人说的时候一定要专心聆听，但听完后不须就其内容、主题、事件或其人做任何响

应，只须直接陈述自己的想法或要求。不要说“你不可以……，你应该……。”只要说“我希望你……”或“你应该……”或“某件事……”

C、温情体贴

人格疾患区分为 10 类，包括妄想型性格障碍、类分裂型性格障碍、分裂性型性格障碍、反社会型性格障碍、边缘型性格障碍、做作型性格障碍、自恋型性格障碍、畏避型性格障碍、依赖型性格障碍、强迫型性格障碍。边缘型、做作型、依赖型、妄想型与强迫型的人，需要大量温情体贴的照护，而且愈多愈好。类分裂型、分裂型、反社会型、自恋型与畏避型的人，则不需要温暖体贴的照护，愈多他愈困扰、愈逃避、愈反抗。这是家属照护人格违常的人，务必要注意的分类。

D、他不是病人

人格违常的人认为自己没错、更没病，他们认定都是别人错、别人有病。至于他为何到医院看病还在用药，是因为有病的家人们一起逼迫这个没病的他，他不得不屈服。家属愈指证他有病，他的症状就愈严重，反弹或反抗就愈强烈，就出现愈多的偏差行为。千万不要帮当事人贴上病人的标签，家属务必切记这个禁忌。

E、心理治疗

人格违常的人最适合的治疗模式是心理治疗，故家属最重要的任务就是协助或强迫或诱导当事人就诊。如果一定要用药，更必须同时接受心理治疗。

2. 第二类（上）：精神官能症之苦

精神官能症包括：忧郁症、焦虑症、恐慌症、畏惧症、强迫症、妄想症。不论初发为哪种病，都可能会并发其他五种病的症状（通常只并发一二种），但并发的症状会改变，病症也会从这一种转移至那一种。通常较易初发的病为忧郁症，忧郁症也会合并焦虑状态，或者合并畏惧等其他状态，忧郁症也会转化为焦虑症或其他病症。忧郁和畏惧症都是情绪系列的心理疾病，焦虑、强迫、妄想症，都是动机（念头）系列的心理疾病，恐慌症则为动机与情绪复合的心理疾病。动机与情绪互为因果与表里，呈现完形心理学的“形一基”现象。形基互换时病情就发生移转。

精神官能症的病人困在情绪失控与负向情绪之中，更困在动机

失控与负向动机之中。他没有能力抑制各种情绪的滞留和流转，他更没有能力控制各种动机的识别、判读、抉择、滞留、重复或漫无逻辑的急速变换与发展。最可怕的是，这些现象会从零开始愈来愈多，愈来愈严重也愈来愈失控。当事人从没有觉察，到有警觉，再到愈来愈害怕，愈来愈无法控制，直至完全失控而不自知。这是一个非常可怖的历程。

（1）焦虑症

忧郁症患者容易并发焦虑状态，焦虑症患者也容易并发忧郁状态。从精神科药物治疗的药理上看，忧郁症与焦虑正有共病现象。但是从脑电波学的观点来看，焦虑症与忧郁症却有完全不同的表现。焦虑症患者不论全脑放电强或弱，都以 β 波（13 ~ 30Hz）为优势波。优势的 β 波出现的次数愈多、时间愈长、强度愈大，当事人就愈焦虑。焦虑症患者若伴随专注力降低、恍神、情绪变易、记忆力变差、不安、混乱、失眠等心身症状，都可以在脑电波上明显地确认与区分。

焦虑症患者区分为想到就焦虑，以及想不想都处于焦虑状态两种。前者“思想”的标的物是固定那一件或那几件，后者则为了觉察“我在焦虑”而更焦虑。焦虑症患者难过的不是“那件事”、不是“想”、不是“想那件事”，而是想或不想那件事引发的“身体反应”。心悸、

冒汗、口干、频尿、肌肉紧绷、晕眩、虚弱无力、无法移动等身体症状，让一个人为焦虑症所苦。

焦虑症病人为身体症状所苦，而引发的心理创伤则为恐惧和害怕。碰到会引发焦虑的情境就害怕，没碰到却预期万一碰到而恐慌。这种夸大的恐慌和害怕又无端地引起新的或更严重的身体症状。严重的身体症状，甚至令人瘫痪无法动作，而且毫无任何预兆。有的人则转化至其他变态行为，如：拔头发、咬指甲或自虐、自残的行为。上述这种严重的身体症状（走在路上随时会瘫痪或提到某事就立刻瘫痪），以及自虐、自残的自我伤害行为，在二次发作之间则又引发更严重的焦虑。

焦虑症病人焦虑时很苦，不想、心不焦、思不虑就不焦虑吗？从“焦虑的心理状态”，陷落到“焦虑的生理状态”的人，24小时脑部的 β 波都强烈地放电，并成为优势波盘踞整个脑部。有的病人感觉得到自己啥事没想，却不知在焦虑什么？有的病人长期处于生理性焦虑之中，自己却懵然不觉。

（2）恐慌症与畏惧症

对实体事物夸大的害怕，称之为畏惧。对虚拟或非实体事物夸大的害怕，称之为恐慌。畏惧症患者，面对畏惧之人事物时，通常采取回避或不接触的方法，来让自己不暴露在畏惧的情境中。恐慌症患者发作，都是从事前延续到事后。因为想到就害怕，一开始怕就怕很久，非关目标情境有没有出现，所以恐慌症患者痛苦的时间很长，引发的身体症状也更激烈。

焦虑症患者愈想愈担心，为了不担心他会故意去做这些事，或故意不去做那些事。畏惧症患者只要回避或不接触就没事，恐慌症患者却愈想愈害怕而做不了任何事。焦虑症容易并发畏惧或恐慌状态，畏惧症与恐慌症也容易并发焦虑状态。当焦虑症与畏惧或恐慌症结合时，患者的痛苦就愈无法自制了。

（3）强迫症

强迫症几乎都联结着焦虑症，前者引发后者或后者引发前者，在心理治疗上代表两种不同的技术与疗程。强迫性思想的病人，一直在想——想着实体或虚拟的事件，大部分是小事，小到一句话或一个动作或一个念头或一个表情，然后“想不通”。因为想不通所以一直想，因为一直想所以影响了正常作息与事务。又因为错乱或耽误了身边的事务，所以又出现了新的思想标的物。永无止尽的“想

与想不通”，引发永无止尽的事务挫败，又引发一次又一次的暴烈、消沉与哭泣。病人必须讲给特定人听，因为他要求助。家属不管怎么分析与劝说，却又说不过或劝不通病人。病人认为家属没有能力帮他，家属认为病人冥顽不灵。通常，病人会搅乱全家的亲情。

强迫性行为的病人，不是困在谬误的逻辑中，而是挫败于无法做决定。犹豫不决，决而又犹豫，没法下判断，无法确认行为的标准。就是确定是否洗干净没，所以才一直洗手。就是摆不出自己所认定的那个完美标准，所以才一直在调整鞋子的位置（例外：洁癖不同于一般的强迫性行为，不可等同视之）。强迫性行为的病人，会在日常生活中出现许多标的性的强迫性行为。如果没有治疗，这些标的行为会转换，还会愈来愈多，因为耗用太多时间致使生活步调与作息又被影响。因为总是无法在适当的时间完成每件事，所以造成许多事件的挫败而招来训诫与教诲。虽然劝说无效，但是家属很清楚他病了；不像强迫性念头的病人，常被家人视为无理取闹、想不开……就是不把他当病人。强迫性行为发作时，病人通常不会有多难过。病人难过的是时间的压力或有人在旁边催或有人在旁边看，

或者还没完成这件事（例如：脱下皮鞋后，要花 15 分钟才能“摆好”在鞋柜里）就被迫停止，这才会引发病人严重的焦虑。

（4）妄想症

不论是被迫害妄想，还是神鬼妄想，只要是生活机能正常，还可以上班上课，就仍属精神官能症。若妄想内容已达人格的分裂或逻辑的谬误并强制去规范他人行为，则属精神分裂症。

被迫害妄想的病人，整天怀疑有人要迫害他。他怀疑到处都装了针孔要拍他，他怀疑别人说话是在说他。他怀疑看到的每个人每辆车，都在密谋害他、跟踪监视他。他会寻找主要的坏人，合理化他被迫害的原因。他整天生活在杯弓蛇影的苦楚之中。他不但觉得有人要害他，还怕这些人也会伤害家人或特定人，所以必须去警告他们，所以每天都焦急地向几位特定人又说又劝。听到的家属先是满头雾水，次而再三分析，劝说无效，甚至厌烦地翻脸。到最后只好听了就算，也不争辩了，因为知道——他病了。

当事人不相信自己病了，因为他真的看到与听到，他真的被胁迫。当事人又害怕又没人相信，只好找一个安全的地方躲起来。他看到人就怕，所以也不见人。尽量不出门的他，可能躲在家里或房间里或床上或计算机游戏里。他忧郁、情绪暴躁、意志消沉、哀伤苦闷、

自信心愈来愈低落，自我影像与自我价值感慢慢破碎，他渐渐远离这个世界。除了妄想、被迫害妄想，他什么都尽量不去想。他只要一想，就联结到妄想，就开始害怕，就想去做些什么，或不做些什么来制止迫害的行动，全家人的日子就又过不下去了。

家人的感伤除了无奈就是绝望，就算还未达妄想型精神分裂症的标准，家人在病人长期服用精神科药物，却仍然没有病识感，仍然妄想的情形下，已经知道：生活在身边的这个病人，已经不是原来那个人。家属知道：我（们）已经失去他了。因为妄想的病人，在生活的事件上，已经无法有正常的动机与情绪反应和展露。相对家庭角色的角色内容，已经处于一部分一部分的删除与简化之中。

（5）家属如何帮助自己与家人

家属必须很明白地告诉自己：他是病人。如果病情轻，病人还有自觉——他知道自己愈趋失控而愈害怕，愈害怕却愈看着自己走向完全失控。病人没有自觉——他已完全失控。除了像人格疾患病人的家属一样的自助的方法之外，家属最重要的是必须把精神的焦虑与生活的重心，从当事人身上移开。家属的喜怒哀乐，不可以只

是绕着病人打转。家属疼爱病人，就必须维持自己身心健康，让自己有能力适时伸出援手来帮助病人。家属宜执行下列自我管理：

A、建立生命的天平

伸出左右手当做自己生命的天平，右手是痛苦，左手是幸福。

B、把病人和相关事务，置放在右手的痛苦端。

C、努力去寻找人、事、物，置放在左手的幸福端。

D、两只手记得上上下下摇来摇去，痛苦是必然但是勿忘仍有幸福。不论多痛苦，都有资格也可以去追求幸福。因为很痛苦，所以更要努力去追求点点滴滴、大大小小的幸福。

E、一定要建立生活的目标，正常的作息规律，规律的运动型态，务必努力追求自己的身心健康。发现自己压力无法解除，或注意力无法集中，或有胸闷心悸现象，或睡眠质量愈趋不好……务必及早寻求临床心理师的协助。

（6）家属如何帮助精神官能症的病人

病人需要的帮助区分为两类：一是就诊，二是养病。

A、帮助病人就诊

中国人按照习俗，拜拜、烧香、收个惊，也都是必须的。但是，罹患精神官能症的病人，应以向临床心理科求诊为首选，次为精神

科。一般失眠、忧郁、焦虑症，临床心理科的疗程都在3~6个月，并发症状严重才要拖到一年。若病情已至强迫、妄想症，则要1~2年才能痊愈。若找不到适合的（或有疗效的）临床心理师，或者病人出现急性症状有生命或伤害的暴力危机，则应先寻求精神科或身心科的药物治疗，待病情稳定后再寻求临床心理科进行联合治疗。病人不愿就诊，家属应采取强迫或半强迫方式，带病人就诊与持续就诊。以下五个要项是务必遵守的原则：

（A）（强迫）就诊。

（B）协助病人执行心理治疗作业或规律服药。

（C）持续（强迫）就诊。

（D）协助病人说明心理或药物治疗后病情发展的详情。

（E）病人会出现：抗拒、懒惰、任性、撒娇、撒野、悲伤、暴怒、不守承诺、执行力不佳、主动性不够、配合度不好、挫折容忍力小、耐力不足、持续力不够、易累、喊不舒服、抱怨、发脾气等现象，家属一定要坚持完成预设疗程。绝不能中断疗程，或自行减药、停药，或任意换医生、换药。尤其是心理治疗的疗程，家属务必坚持完成。

否则，重新开启第二次心理治疗，就难上加难了。

B、帮助病人养病

病人就诊期间，家居养病时家属该做什么事呢？如果病人接受药物治疗，家属务必确认病人是否“规律服药”，并注意病人是否“藏药”或私自“减药”。药物会对不同病人造成差异极大的副作用，副作用造成的巨大创伤生理，又会引爆大量的创伤心理。故家人要细心观察与聆听病人诉苦，协助完成“换药”与“调药”的最佳效果。如果病人接受心理治疗，家属除了协助病人执行各种心理治疗作业外，务必配合心理治疗师的要求，调整适当的角色行为，重建指定的角色关系与权力系统的治疗性互动模式。

（7）同事如何与精神官能症病人相处

精神官能症病人在病情发展前期，大都能够继续上班上课，病情愈严重请假次数愈多。病情严重到濒临失控时，病人就会自己要求停止上班、上课。因为不论是深度情绪或异常动机的困扰，都已引发强烈的畏惧与恐慌状态，而无法执行事务或与外人相处。

同事对于出现精神官能症初期症状，却因缺乏病识感而未就医者，应联络家属协助就医。对于抗拒就医者，应协助家属强迫就医。对于就医中的精神官能症同事，则应注意下列事项：

A、若当事人自认为病人却还要工作，就要支持与安慰其“病人角色”。若当事人自认为工作者却病成这样，就要支持与激励其“职场角色”。

B、不要和病人发生任何冲突。

C、不要和病人讨论病史与病情（可以听，但是不要问或讨论）。

D、不要试图劝说病人，改变他的认知、情绪、动机、言语或行为。

E、务必引用上述“各自表述”技术，来完成工作的指派与要求。

F、若病人接受心理治疗，请鼓励其能力、激励其动力，务必完成疗程。

G、若病人接受药物治疗，请协助病人规律服药，不要动不动就要换医生、换药。

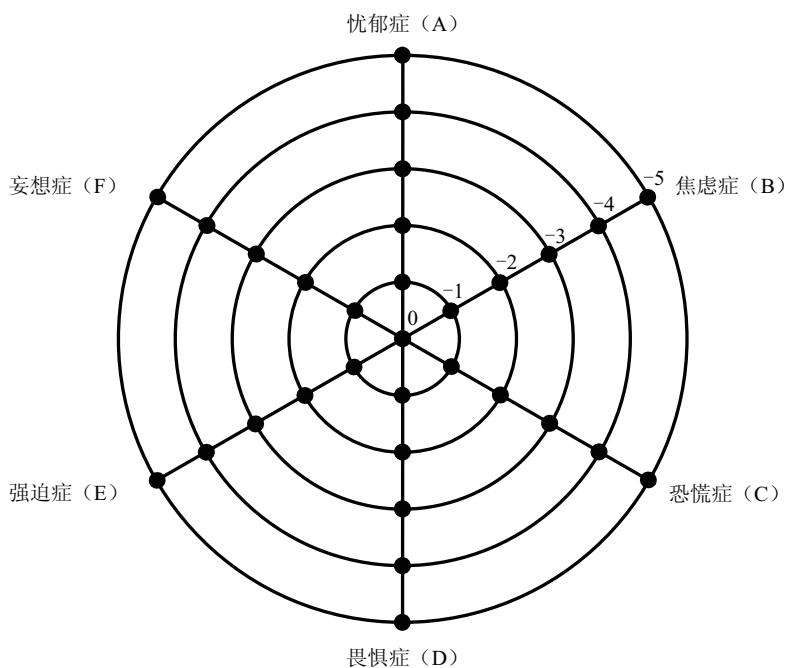
3. 第二类（下）：忧郁症之苦

忧郁症名列当代世界三大疾病之一，是精神官能症的“入口”。

具有忧郁症倾向或罹患忧郁症的人数众多，故特别分章节详细说明，如何了解与解除病人和家属的忧郁之苦。

(1) 临床心理师的诊断

我们可以把忧郁症、焦虑症、恐慌症、畏惧症、强迫症与妄想症，看成精神官能症的六个相位，图示如下：



临床心理师诊断病人时，并不是用病人主诉与可观察的病征，相对于 SM-V 的指标来诊断当事人得“什么病”。而是先判断：

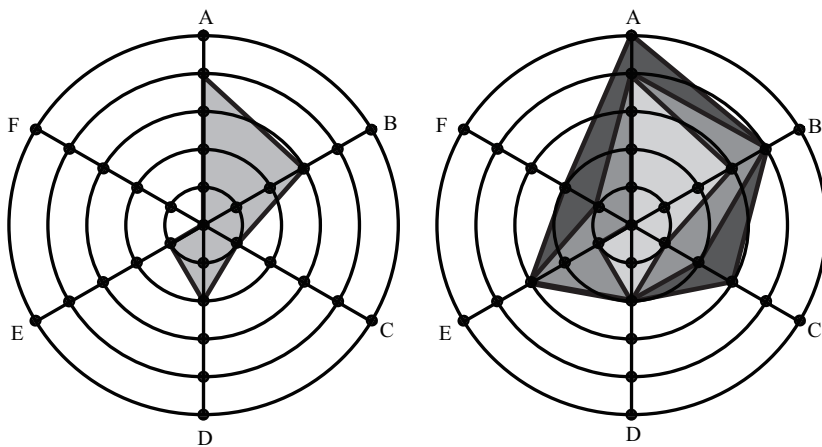
A、现在的症状是否只落在 A ~ F 的某一条轴线，严重指数要

给几分？

B、现在的症状是否也落在 $A \sim F$ 的其他轴线，严重指数要给几分？

C、如果是 B，就把各轴线的配分点标示出来，再以直线联结为“雷达图”

如下例：A-4、B-3、C-1、D-2、E-1、F0 的分向指数与总分为 -11 的精神官能症指数（左图），并且了解其症状主要表现在忧郁与焦虑。



D、询问病史，从初病发作的症状，以及病情转换的各阶段以至于今。临床心理师切割成不同疾病发展期，而计算各期病情指数，并在同一张表上以不同颜色线条标示各期的雷达图（以上右图）。第一期以红色标示，第二期以红色为基础新增了蓝色区块，第三期则再新增绿色区块。这种图形化的量化诊断技术，对病情的解析有很大的帮助。

（2）忧郁症病人的病情

忧郁症病人的病情表现在三方面，一是脑波现象，二是生理现象，三是心理现象（病人的自我语言或主诉）。二、三是病人表现出来而可观察的病征，一则是病人无法觉察却为治疗的重要指标。

A、脑波现象

忧郁症病人在脑波仪上的表现如下：

（A）左右脑放电现象微弱至几乎停止状态。

（B）相位图上呈现极为细小的不动微点。

（C）左右脑波形太弱，看不出任何波形，几乎都只是一条直线。

（D）低电位但仍有优势波的差异。

（E）在水平频谱图上、四种波线叠在一起，强度 <50 而无法观察。

(F) 重症者，脑部放电强度无法激活。

(G) 轻症者，脑部放电强度可以激发，激发速度愈慢，放电强度的提升愈弱，代表病情愈严重。

(H) 在立体频谱图上，脑部放电强度可以激发者，停止激发作业后，若放电现象缓慢下降者，病情较轻；若放电现象立刻回复原来微弱电位者，病情较重。

(I) 左右脑放电现象，强度相差倍数愈大，并发情绪困扰越严重。

(J) 左右脑放电现象，在各波频表现不对称者，愈混乱愈并发动机性的症状。

(K) 在水平频谱图上各频谱的数值、图形与变动，显示较复杂之各种并发症状。

(L) 优势波图上， α 波无法激发， β 与 θ 波呈交替现象，或只有 θ ，或只 δ 波为优势波。

B、生理现象

忧郁症病人会表现以下三个生理症候群，但是兼俱此三个生理

症候群仍不被诊断为忧郁症，尽管忧郁症患者几乎都有这三个生理症候群之一二或全部。以下症状的描述，若一个月内有 2 ~ 3 周，一周内有 3 ~ 4 天，一天内有 3 ~ 4 次，就被认定为符合病症判读的标准。

(A) 胸闷、心悸、手麻、手发抖：

项目愈多，发作愈强，则愈严重。

(B) 什么“力”都没了，全身无“力”，包括：

记忆力、专注力、体力、视力、听力……性能力，从无力到无力感，令病人连一根吸管也拿不起来，所以也无力动作或散步……

(C) 这里痛、那里痛、到处痛：

习惯性的心身反应会扩大与并发。

C、心理现象

忧郁症病人会表现以下四个心理症候群，但是兼俱此四个生理症候群仍不被诊断为忧郁症，尽管忧郁症患者几乎都会有这四个心理症候群之一、二、三或全部。

(A) 不要，什么都不要，统统不想要：

忧郁症病人不会说“我想要”“我喜欢”“我不喜欢”，只会说“我不要”然后变成“不要”，再变成“不”，再变成——不接受刺激

也不产生反应。

(B) 乱，什么都乱，统统乱成一团：

忧郁症病人的认知、思想、念头、动机、语言、表情、动作、行为等各个可控制的功能，彼此之间乱成一团，失去了一致性、恒常性与稳定性。从而造成生活作息之失控而产生睡眠障碍（失眠或嗜睡）与饮食障碍（暴食或厌食）。这两个障碍或其中一个障碍的出现，都是自主神经系统失调的征兆。从非自主神经系统范畴内可控制功能的混乱，进而影响自主神经系统范畴内生理机能的失调、失控或伤害，而引发心身症状的扩大与并发状态。

(C) 情绪变异性愈来愈大，所有的负向情绪（暴戾与悲伤）绝望出现，正向情绪（快乐、兴奋）统统消失。随着时间，人整个心情一直往下沉，变得烦闷、沮丧、悲伤、痛苦。而后是一阵阵袭来的“莫名的痛苦”，把人打入“忍受不了的痛苦”的深渊中，也会伴随长时间的哭泣行为。

(D) 当事人觉察以上身心自我状态时，找不到“病因”的人会为了“莫名”而担心；找到“病因”的人会为了“不至于此”而担心。

这些担心还会继续发展出紧张、焦虑、恐慌、畏惧或强迫性思想、语言、动作的并发状态，让当事人丧失自信与价值感而萌生自我伤害的念头。

（3）忧郁症病人的六种痛苦

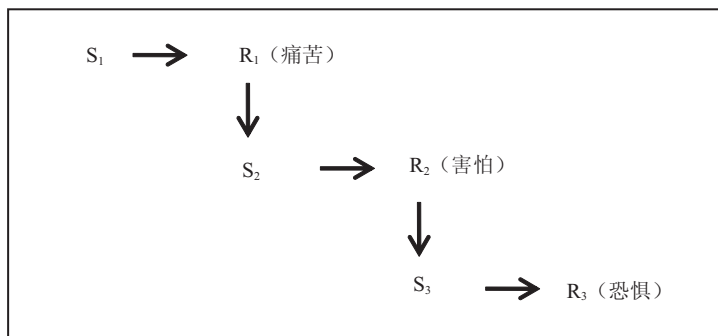
A、第一种痛苦：失控与停止

忧郁症病人可区分为：有明显创伤事件可以归因，以及没有创伤事件可归因两类。第一类较稀少，第二类较常见。第二类病人无法回答自己为何这么痛苦，也无法向别人说明自己有多痛苦，更没人明白他的痛苦到底有多深，最可怕的是他人（尤其是家人）几乎都无法谅解——当事人为何要用看不到的苦，来伤害或忽视身边的幸福。第一类病人无法解释自己“为何”、“必须”苦成这样，也就如第二类病人一般，陷入觉察自己“失控”却“无能无力”。愈是“引以为苦”，愈是深陷痛苦的深渊，进而又陷入没有痛苦、没有感觉的虚无与苍白之中，终而进入停止感觉、停止动机、停止情绪、停止思考、停止语言、停止动作，以至停止生存的现象中。

B、第二种痛苦：害怕与恐惧

忧郁症的至苦其实是——害怕。从病征初现，以至轻郁、中郁、重郁，或者转成躁郁而有轻躁、中躁、狂躁，或者并发焦虑、恐慌、

畏惧、强迫、妄想等症状。整个发病的过程中，每一个病症都是一个刺激（S），每一个S所引发的第一个反应（R）都是痛苦（R₁）；每一个痛苦都是另一个S₂，引发的每一个R₂几乎都是——害怕。从疑惑到担心，从担心到害怕，从害怕到恐惧。每一个病征都接续引爆痛苦、害怕与恐惧（S₁ → R₁+R₂+R₃），如下图示：



每一个精神疾病的病人，只要意识清楚时，几乎都会陷入 S₁ → R₁+R₂+R₃ 的恐惧之中。这种恐惧带来的绝望感，会令病情持续加重以致自杀。但是病人能够描述 R₁，却无法诉说 R₂ 与 R₃。家属或观察者能观察 S₁ 体贴 R₁，却无法同理 R₂ 与 R₃。甚至会对表现出

R₂、R₃的病人说“我知道你很 R₁，但是我陪着你，家人都爱你，我们一直都……我们付出一切……我们为你用尽一切……所以你不必 R₂，更不应该 R₃啊！”这往往令病人陷入更深沉的 R₃ 之中。

C、第三种痛苦：两个世界

忧郁症患者和其他精神官能症（焦虑、恐慌、畏惧、强迫、妄想）患者有很大的差别，他最贴近精神分裂症却又大不相同。忧郁症患者很清楚，他活在另一个世界，另一个任何人都进不来的世界。他知道家人与他人活在什么世界，那个世界好不好与我无关，他们在那个世界对我好不好也没用。没人知道我以及我的世界，他们在另一个世界叫嚣、指责与要求，只是对我的与我世界无止境地、残酷地折磨。焦虑、恐慌、畏惧、强迫症患者很清楚，他和家人都活在同一个世界，不同处在于自己控制不了这个世界中的某些人、事、物以及自己。妄想症患者也知道与他人活在同一世界，只是自己还有另一个世界。他一共有两个世界，一个和他人一样，一个只有自己知道是怎样。他知道不一样的世界是自己的妄想，一样的那个世界才是对的，可是他没有能力控制自己不跑到妄想世界去。而精神分裂症患者则只活在自己的世界里，自己的世界可能有很多个，但是却没有别人的世界。隔着一个世界和不同世界的人对话——他知

道家人在说什么，他也知道家人不知道他在说什么，这就是忧郁症患者的生活。忧郁症患者不但要在自己的世界和自己对抗，在自己的世界对抗别人的世界与别人，还要在别人的世界（被迫接受家人的安排与照护……）对抗别人以及别人的世界。

D、第四种痛苦：空洞

忧郁症患者会慢慢失去意志力，他逐步丧失对事件控制的能力，丧失对特定他人控制的能力，丧失对（从特定至整个）环境的控制能力，最后丧失对自己的控制能力。最可怕的问题是，在意志力愈脆弱稀薄，控制力愈软弱稀微的发展过程中，“自我”却还存在。“我”还活着，可是病了；所以“我”不会说“我要”，只会说“不要”，最后连“不要”也说不出口。只剩一个“我”，一个病人、一个被照顾者——一个丧失爱与权利的“我”。家人用无微不至的照顾来“爱”我，并且剥夺我一切的权力。家人认定我想的、说的、做的，我不想的、不说的、不做的，都是错的，都会伤害自己，所以家人安排一切对的。异常的深度情绪困扰发作时，病人在漫长的悲泣中忘了“我”。只要忧伤稍缓或有断续，病人那个“我”就得面对“病

人”——一个没有爱、没有权力、没有能力、没有动力、没有意志力、而被环境所控制的“人”。忧郁症病人以及躁郁症病人处于忧郁期时，只要症状缓和、人较清楚，就得面对这样的自我。忧郁症病人的“我”面对“自己”时，“我”只剩下一个空壳子，自我“里面”的内容——一辈子累积下来的价值、知识、情感、成就、善恶、财产、地位……全部净空了。忧郁症病人的第四种痛苦：自我空洞感。掏空心肺骨肉只剩个皮囊，以及忽明忽灭的一抹心火。

E、第五种痛苦：崩溃

任一种痛苦袭击病人时，或者各种痛苦一起袭击病人时，若病人承受不了，就会导致崩溃。崩溃时，病人陷入极端的情绪经验中，或是大怒、大哭、又叫、又跳，或是僵直不动发不出任何声音，或是瘫痪如烂泥，或是以上状态复合呈现。崩溃后身心极度疲劳而虚弱，整个人的心理与生理历程，全部瘫痪而无法操作。崩溃，令人经验——毕生的价值、信念、认知、努力、成就、情感……全部摧毁，身心灵同时引爆碎裂，而后一片黑暗与沉寂。崩溃后，每一个碎片慢慢地黏合，生活与生命缓缓地重新开始。病人总是在崩溃之后，费力地看着自己这个世界与自己这个世界的我。每一次的崩溃，都让病人愈无能力拼凑成自己，更没有能力拼凑出自己的这个世界。

他跟不上、看不见、听不懂自己的生活与生命，他没能力在自己的世界活动，他连自己都动不了。

F、第六种痛苦：绝望与自杀

忧郁症患者最终极的痛苦，就是：绝望感。病情愈重，前面五种痛苦就如永不休止的波浪侵袭病人的自我，令病人丧失自我价值感，以及为了自己存活的意义，而萌生绝望感。若家属不能提供正向的拉力，而有负向的刺激，病人会丧失为了他人而存活的意义，以及产生自己拖累家人的罪恶感，而对人生（整个环境系统）萌生绝望感。这两种绝望感（对自己与对他人），会引发病人自杀的动机，造成严重的生命危机。想死的念头出现后，病人时时刻刻都沉浸在生与死的抉择中。绝望的情绪与死亡的念头，就像两条绞绳紧紧缠住病人的脖子，愈勒愈紧。

（4）忧郁症病人家属的痛苦

家属刚开始只是觉得这个人“变了”，从变得不一样，变成无法理解、理喻，到变成不认识的人、无法认识的人，继而才发觉这个人活在另一个世界，另一个无法认识的世界。家属最后才发现，

病人沉浸在另一个世界无法自拔，活在这个世界的家属却找不到可以沟通两个世界的“有效语言”。难处是，家属必须用千方和百计来接近病人、照顾病人、保护病人，帮助病人回到“正常的世界”。语言沟通的挫败、表情沟通的挫败、情绪沟通的挫败、行为沟通的挫败，这四种挫败从归因于病人，到归因于自己；从责罪于自己，到责罪于病人。忧郁症病人的家属会出现以下四种深沉而迷乱的痛苦。

A、第一种痛苦：罪恶感

当正式被诊断为忧郁症病人之后，病人虽然也难以接受，但也松了口气“原来，我生病了，我是得了忧郁症，所以才会变成这样……”家属就不一样了！不论家属的第一个反应是（R₁）“他怎么可能会得忧郁症？”或“结果呢？得忧郁症了吧！”还是第二个反应（R₂），通常是“不是我害的！”“我又没对他怎样！”“我已经尽力了！”“不要怪我，和我没关系！”。从初病之时至诊断确认，家属已和病人经历漫长的拉锯战：“你怎么这样”，“怎么不那样”，“你为什么非这样不可？”“你可不可以不要再不……”“你行行好，振作一点……”“你管一管自己好吗？”“不要陷下去了！”“活动活动好吗？”“你什么都不要，我该怎么办呢？”

从“你不干嘛！我偏偏要你干嘛！”到“你不干嘛，我也不干嘛”再到“你不干嘛，我能干嘛就尽量干嘛”，家属已历经千辛万苦。可是，这些苦，都没确认诊断（S）后的第三个反应严重。因为第二个反应之后，接连出现的第三个反应（R₃）是——都是我害的。

家属责罪于自己，把自己当加害人，把病人当受害者。确认诊断前的日子是罪行，确认诊断后的日子是——赎罪与偿债的日子。家属上天入地地搜集相关资料，无所不用其极地用尽各种办法，天南地北地遍访名医。“我一定要治好他”家属心里大声叫着“都是因为我不好，我没尽责任，他才会变成这样！”病情愈重，家属的罪恶感愈深；日子变成两件事：赎罪与偿债。病人有多苦，自己就必须多苦，而且要更苦，一定要以病人之苦为苦。只有比病人痛苦，才能赎罪与偿债。病人的家属会在心里对着病人呐喊“我知道你很苦，可是，我比你更苦！”甚至有人不小心表情、动作、语言或行为上表达出来，让病人看到、听到、感觉到或碰触到。

B、第二种痛苦：挫败感

家属会规劝病人，病人不会听从。家属会鼓励病人，病人不会

接受。家属会要求病人，病人不会服从。家属会安排各种治疗行为，病人不会配合。说什么都没用，做什么都没用。用尽所有努力与方法，统统都没效。冲突事件接二连三地出现，连续的挫败感接踵而至。“一切都是白费”，“一切都没用”，“都是白做的”，“他还是这样”，“他永远这样”，“折磨呀”！家属没做努力就是不对，可是任何努力却都是错。“我还能做什么呢？”“只要对病人有好处，做什么我都愿意。”“问题是：我们还有什么没做的呢？”沉重的挫败感浮现在家属眼中。每当看病人的时候，沉重的挫败感撞击家属的心灵；每当家属看着镜子中无能为力的自己，就感到生活，这个家，都只是永无止尽的挫败。挫折的魔咒，有如恶灵缠身，家属泣诉如荒野的狼嚎——直到我死。

C、第三种痛苦：无助感

家属找不到原因：为什么他会得忧郁症？家属得不到保证：他的忧郁症什么时候会好？家属找不到援助：谁能够来帮我？家属知道自己无能为力，知道自己帮不了病人。带他看病，劝他吃药，保护他的身体，规范与管制他的作息。用劝的、用骂的、用哭的要求病人“不可以这样，不可以那样”，结果是自己这样子不对、那样子也错了。家属找不到可以参考的医疗信息，找不到可以依靠的医

疗资源，更找不到可以帮助他们的人。无助感像冰冷的空气，逐渐冻结家属的四肢与心脏，令人濒临窒息。

D、第四种痛苦：拷贝病人之苦

家属目睹与身受病人的六种痛苦，自己也开始拷贝与模仿病人的痛苦。在经历第三组痛苦：无助感之后，家属开始复制病人的痛苦，包括：崩溃、绝望与自杀，所以病人治愈后，可能就是家属罹病或病情发作的起点。家属会与病人“共病”，这是家属照护病人的最大危机。

（5）家属如何照护忧郁症病人

打从那个人开始多愁善感，什么事都不对劲，情绪经常爆发大怒或大哭……家属就已经受尽无妄之灾，也被刺激得心情动荡，身受亲情与相对家庭角色关系破裂之苦。心中忿忿不平地动念“人怎么变成这样？”“她怎么变成这样？”“我老婆怎么变成这样？”“这样还算老婆吗？”“我这个老公怎么办？”“我怎么办？”“怎么办？”心中的自我语言，由相对家庭角色的挫败，直接摧毁对自己与相对人的自信与信任。

自从被诊断为“忧郁症”之后，那个人被正式定名为“病人”。

“他是忧郁症病人”这句话，像铁锤一样重击每个家属的脑袋。每看病人一眼，脑门就“碰”的重撞一下。这句话带给家属的不只是恍然大悟——多少日子以来的冲突和苦痛，原来是因为他得了忧郁症。家属要的不是解释，解释并无法释怀这些日子以来的痛苦。心中的自我语言是“为什么他会得忧郁症？”“我才该得忧郁症。”家属要的是“他会好吗？”“怎么办？”“我该怎么办？”“我该把他怎么办？”“如果不会好，他怎么办？”“如果不会好，我……”“日子，就这样下去吗？”……如何照护忧郁症病人，成为家属生活中最重要的两件事。

A、家属一定要做的二件事：

（A）强制就医，定期回诊

不要屈服于病人的拒诊行为，强迫就诊是家属的责任，有效处理拒诊是医疗人员的本职学能。如果看临床心理科，就得协助病人完成治疗作业。如果看精神（身心）科，就得协助病人规律服药。并对病情（改善项目、持平项目、恶化项目、新增项目）做完整的记录，提供回诊之参考。

（B）和颜悦色地提供日常生活起居饮食之照护

定时提供与提醒是家属的责任，病人推拒不理或不要是病人必然发作的病情。家属不可把病情视为自己照护行为的挫败，露出不悦或挫败的表情或语言或动作或行为。不引以为苦，不被激怒，和颜悦色地提供照护，是家属一定要做到的坚持。没吃饭就回收，再送点心。没喝汤就回收，再送饮料。不管病人多么地不理睬，家属一直保持“和颜悦色”地提供生活照护，关怀之情“溢于言表”，这才是家属的正确照护行为。绝不能生气或沮丧或不悦，病人非常的敏感，家属的任何负向刺激讯号或负向反应讯号，都会令病人更加“引以为苦”——“我都已经如此不堪的地步，你（们）却还这样对待我！”“我已经病成这样了，你（们）就硬是要这样逼我、刺激我！”

B、家属一定要说的三句话

家属要怎样和病人对话呢？家属绝对不要“梦想”和病人对话，因为活在不同的世界。你说的他都懂，他说的你都听不懂。你会认定他总是听不懂，他却知道你不懂他懂。所以，他懂你的不懂却无能为力，你不懂他懂而气急败坏。轻度忧郁症病人还很会讲话，中

度忧郁症病人还能讲一些话，重度忧郁症病人已经不再讲话，躁郁症病人在躁期则喋喋不休地讲话。以下三种句型，适合家人在照护病人时“自言自语”，切记每次说话不要超过一分钟，间隔至少半小时，否则病人会“不耐烦”而更封闭自己。

(A) 唯唯诺诺地专心聆听语句

病人只要开了口，不管说什么，家属务必“专心聆听”，并以“语助词”适时回应，且以“肯定句”回答重点问句（例如：嗯！噢！是啊！对！……）。

(B) 温言软语的一次提醒语句

家属要提醒病人执行某个动作或行为时，务必要“温言软语”做只有一次的提醒。例如：端了水果到房间，提醒他吃水果，请依以下程序进行一次提醒，只要一次。不管他说了不要吃，或一直没吃，也不要讲第二次、第三次……

a、水果放在他碰得到的最近距离。

b、走进一米的领域空间，尽量靠近他身边，能摸就摸摸他，能碰就碰碰他（不让摸，就只靠近而不去碰。不让靠近，就不要太靠近）。

c、看着他，轻声细语叫他名字，然后说“吃点水果哦！”

d、接下来，可以导入“自言自语的多元关怀语句”，或即转身离开。

(C) 自言自语的多元关怀语句

家属提供生活照护时，可夹杂在前两种语句之间，用自言自语的表情和对方刚好可以听到的最小音量，陈述下列各主题。但是每次见面只能选择下列 1 ~ 2 个主题，用 30 个字以内的语言来陈述，说太多句就又烦了病人。适度地运用这个语句，除了表达关怀之外，也可以协助病人较不易脱离现实感。

a、居家琐事：爸爸老是惹妈妈生气……昨天弟弟又……家里的煤气炉……我的同事……小狗狗……

b、个人心事：最近呵，我总是想……我的好朋友呀，对我说……我好想……我很怕……我努力要……

c、家人健康：我老是头疼……爸爸的血压……妈妈的血糖……妹妹的体重……

d、整理房间：这个窗帘最美了（一边打开窗帘）……光线真好……

C、家属一定不能做的八件事

以下每一件事，家属绝对不能说、更不能做，否则会激发病情

恶化，成为新的病源。

(A) 不生气、不恶言恶语

不在病人面前斗气，不在病人面前生自己的气，更不能对病人生气。家人在病人面前嘶吼斗气，病人会受不了刺激，或认为你们是因为他才生气。主要照顾者在病人面前生闷气，病人也会受不了刺激，或者认定是在生他的气。家人责骂病人、大声吼叫、疾言厉色，不管病人有无反应，都会对病人造成重大伤害。单向的怒骂，或双向的互骂，都绝对禁止。若是病人主动挑衅，先开口骂家属，家属更要婉言悦色以对，绝不能被激怒，记得——他病了，是病情发作，不是他在骂你。

(B) 不赌气、不要冷言冷语

家属千万不能把病人当做赌气的对象，照顾他却冷言冷语。家属不能心怀怨气，不要说一些尖酸刻薄的话，不要有一搭没一搭地说着难听的话，给着难看的脸色。

(C) 不放弃，不要不言不语

家属不要放弃病人，认定给他吃喝给他住就好，把他当透明人、植物人看待。没把他当个活人，在他面前的言行恣无忌惮，完全忽略他的存在。尤其是不理不睬，不言不语，不对他说话，不回应他

的说话与行为。

(D) 不抱怨，不要唠唠叨叨

家属提供生活起居作息的协助，可以引以为苦，但是不能对病人说出来。不要哀声叹气、粗声戾气，什么事都要碎碎念，什么话都讲了又讲。家属要让自己“甘愿”，甘愿才能不抱怨。不甘愿，就唠唠叨叨，就必须付出更大的代价——刺激病人令其恶化。

(E) 不质问，不要追根究底

家属千万不要用质问句型，东一句“为什么？”西一句“怎么会这样？”南一句“这样对吗？”北一句“到底要怎样？”家属不要用不好的句型或不耐烦或刺耳的声音，去要求病人描述、说明病情，更不可以要求病人保证病情的改善。

(F) 不哭泣，不要哭哭啼啼

家属心中悲伤无助，却不宜在病人面前哭泣，也不要哭哭啼啼的语气和病人说话。因为病人会把家属的苦，解释为我害家人受苦，进而引以为自苦而让病情更为严重。

(G) 不劝善，不要说教

家属不要教诲病人，千万不要一直劝善。企图告诉病人什么是对的？怎么做才是好的？只会让病人更自卑更消沉。病人不是不知道什么是对的、好的、正确的、理性的、有价值的，家属小看病人的认知与价值观，所以才劝善又说教。家属的劝善与说教，将让病人对自己更反感——我知道，可是我就是做不到。

(H) 不规过，不要指错

家属不要告诉或指责病人“这里错了！”，“那里错了！”，“不对！”，“怎么会这样？”，“不可以吧”，“不该这样子的”，“不能改吗？”，“不知道错了吗？”。病人不是不明是非，不是不讲道理，不是因为非理性才会变成病人。规过指错只能引发病人攻击行为与反向行为。病人会执意孤行，反向而行，明知故犯，一错再错。不但会合理化自己的行为，更会攻击家属，造成双方的伤害。

4. 第三类：精神分裂症

精神分裂症的病人，丧失知觉与表达能力，看到、听到、想的、说的、做的，都和常人不同也不合常规、常情、常理与常法。较不严重的，还保留某些区块的意识是清楚正常的；较严重的，就全时、全部错乱。精神分裂症、类精神分裂症、情感型精神分裂症、妄想

型精神分裂症患者均需接受药物治疗，且宜住院治疗或住进日间病房。因为家属没有能力帮助他，所以门诊治疗期间，整个家陷入地狱一般煎熬与摧毁每一个家人，且病人的病情也会愈趋严重。直至病人住院后，家人才松了口气，才有机会恢复生机。因此家属必须了解。

（1）急性精神病

如果病人只发作一次，或间隔半年或1年以上才再发作1次，称之为急性精神病发作。这样的病人，在第一次发作那一天或几天，会耗尽体力、精力，且对人格造成若干程度的破坏。务必先接受药物治疗，次而接受药物与心理的联合治疗，再持续接受心理治疗。

因为急性发作平复之后，当事人就变成“病人”——面色可能滋养红润，但体力稍用即尽，一下子人就精力衰竭形容枯槁。脑子会慢慢回忆起每件事、每个人（有些人、事也会遗忘），心念动机会乱转，情绪变易性大，敏感，易悲易喜易怒易闷易烦易饿，需要长时间的睡眠与休息又易失眠或睡眠质量不佳。亦会出现退化现象，个性、脾气、想法、价值观退回儿童期，有时会用幼稚、简单、非理性的方法行事，但又有反省、知觉能力，能够正常上班上学执行

各种事务。

有过一次急性精神病经验的病人，发作平复后即进入“漫长”的“康复疗养期”。病人和家属都害怕，害怕什么时候会再来一次，一次又一次，而变成“精神分裂症病人”。这种害怕、畏惧，甚至会变成恐慌，而令病人和家属并发忧郁与焦虑状态，甚至合并若干强迫或妄想状态。

首次发作之时，间隔好几个月后二次或多次发作之时，因为急诊医师采用快速安神法（rapid neurdeptization, RN），通常会给予 haloperidol 与 lorazepam 处方。当事人醒来之后，立刻面对自己无法控制的身体，以及接踵而至的药物治疗。只要当事人的残余症状与残余症状的发展，不是进程性精神病性反应（症状时好时坏，主要症状不但残留，而且愈来愈严重），而是反应性的精神病性反应（没有或愈来愈小残留症状，而是遭遇重大或特定刺激，才会引起症状反应），接下来门诊的预防用药，就开始试药、调药、换药到加药的历程。抗精神病药物带来的各种副作用，极度可能重创当事人和家属。

因为各个人体质的差异与病因的生理条件不同，相同的药物与剂量，会造成天壤之别的效应或伤害。又因为当事人和家属对药物

反应的不同认知、态度与表达能力，可能又造成病人莫须有的极大痛苦，甚至直接贴上精神病人的标签（急性精神病的首次或二三次发作的预防用药，应该开方抗精神病药物或抗焦虑药物，或搭配哪一种镇静安眠药物呢？是每天定量服用，或备药于预期冲突情境之前服用呢？如何确实掌握残留症状的强弱、多少与变化的发展，来分配以上两种预防用药模式呢？精神科医师的用药观念，将严重影响当事人预后的发展与生活）。病人家属务必做服药反应记录，充分与医生交换意见，协商最佳调药效能。

首次或前几次精神病性发作的模式，家属可以协助当事人整理出发作的程序、方式与内容。发病的程序，是预防用药，以及病人与家属紧急制止发作程序的重要参考。发病的内容，是日常生活可以预先避开的事件或创伤事件。发作的方式，则和日常的动机与情绪表现模式，有进程性的联带关系。

日常生活动机表出急躁而强烈，情绪表出剧烈而变易性大，且易有攻击性行为者，易发作为正性症状。反之，则易发作为负性症状。残留症状为何？如何发展？更是以上两者的重要参考。做 RN 的紧

急处遇之后，精神药物是预后的预防治疗，心理治疗才是急性精神病人的主要治疗模式。而心理治疗的疗效，则建构于当事人的人格重建与动机情绪表出模式的调适，这也成为二次生涯心理治疗主轴。

A、病人如何帮助自己

“只要不再发作就没事”，病人很清楚这个准则，但是要怎么样养才不会再发作呢？病人必须规范自己。

(A) 重生管理

漫长的康复疗养期，是我第二个人生的开始。第一个人生已结束，第二个人生正重新开始。身体像婴儿发育般脆弱，调养得好，我会比以前更健康。心灵的修养与个性也打散了重组，调养得好，我会比以前更宽达仁厚。

(B) 作息、饮食、运动、工作与休闲管理

我必须维持规律的作息、饮食、运动、工作与休闲管理，来维持身心的健康。

(C) 动机与情绪管理

我要更积极地执行动机与情绪管理，务必在不好的念头与情绪萌生状态，就立刻改变自己的动机与情绪。尽量让自己的心智维持

在冲虚平和的状态，绝不大喜大怒大悲大愁大哭大气大怨大恨大声大叫。改变原来人格与动机情绪表现模式的缺点，成为自我治疗与接受心理治疗的主要作业。

(D) 预警系统

因为不记得发作的状态，再加上药物的作用，病人的意识与记忆是慢慢回来的。问题是，发作后有些人格特质或气质或相貌却回不来了。病人应找一个自己信任的亲人或同事，协助观察病人若有负向的进程性症状的发展（例如：对小事情愈来愈放不下，一起念就必须顺从他，观念愈来愈刻板，情绪愈来愈激烈，说话愈来愈凶悍……），就要向病人发出警讯。最重要的是，病人必须牢牢地告诉自己——这个人说的话我一定要听从。

B、家属如何帮助病人

“只要不再发作就没事”，家属更清楚这个准则的重要性。因为第一次发作，家属已经经历一次“失去”当事人的锥心刻骨之痛，所以务必更处心积虑来照顾病人。除了执行“康复治疗期”的守则之外，家属更要特别注意下列事项。

(A) 请临床心理师给予“二次生涯治疗”，协助病人制订重生管理的观念与计划。

(B) 温和、柔软地协助病人执行作息、饮食、运动、工作与休闲管理，维持病人的身心健康。

(C) 温和、柔软地协助病人执行动机与情绪管理。家属绝对不可以和病人发生任何冲突，也要极力避免病人在职场或学校发生任何冲突。家属必须像保护捧在手上的玻璃娃娃般，细心而宽柔地保护病人。

(D) 家属绝对不能生病人的气，要记住他病了。他正在经历重生，他像初生婴儿般却快速发育，记住——不能再失去他了。那次，他撕裂自己；之后，你再三崩溃在那撕裂的影像之前。你知道，不是死去却恍如死别的生离。你知道，侥幸又能重逢，又再次得到他。你知道，他有多珍贵，你再也丢不起。锥心刺骨的痛，让你知道，不能再失去他。

(E) 协助病人接受心理治疗，是家属最重要的任务。请临床心理师协助，向精神科医生协商预防用药、紧急用药或规律服药，则为家属次要的任务。

(F) 家属若觉得自己已无法承受上述的任务，务必寻找临床心

理师帮助，因为你也病了。

（2）精神分裂症

当一而再、再而三地重复发作达六个月之后，病人会被诊断为四种精神分裂症之一。有的并发强烈忧郁状态，有的并发强烈焦虑状态，有的并发强烈畏惧或恐慌状态，有的并发强烈的强迫、妄想状态。病人已经完全无法自助了，药物与住院治疗可抑制病情的发展或加重或变化，若未介入有效地心理治疗，则难以有效地令病症痊愈。通常住院治疗一段日子后，病情好转（一段期间没再发作）会通知家属领回。可是回家后，通常又不会规律服药，再加上原始创伤情境的重现，以及家属给予的新压力，而令病情复发又再入院。通常，重复入出院几次后，家属即不再领回，病人将生活在不同医院的慢性病床上，或被转至私立疗养院不再回家。

家属必须知道，除非奇迹出现——你们已经失去了这个亲人，他还活着，他却不是他。他也不认识你，就算认识你，他也已经不认识自己。家属必须做好心理与生活上的准备。

A、门诊阶段

虽然一开始是间歇性地重复发作，清醒时他还是你所认识的人，但是他已经愈来愈不像他。病人一而再、再而三被自己抛弃，他愈来愈不认识自己，认得的、控制得了的自己愈来愈少。每次发作后，他都不知道该如何面对自己和家人，听到自己发病的样子，自己想了就害怕，愈怕愈想愈害怕愈不知如何是好，直到病情又发作，直到永远忘了自己是谁，或者永远只惦念某人、某事或某句话。

病人再三撕裂自己、抛弃自己，家属的心、情感、生活与生命的价值，也再三地被撕裂。每一次的撕裂，伴随无数次的痛哭、害怕，以及惊弓之鸟般的破碎人生。他的灵魂，好像从这个肉体中渐渐抽离。他的肉体只剩下一个躯壳，有的虚弱不堪、有的却强壮更胜从前。这人，是人？是神？是魔鬼？是禽兽？这人是谁？看他悲伤哀恸、看他暴戾凶残、看他天真烂漫、看他胡言乱语、看他荒诞混乱、看他渐行渐远即将消失……家属的心渐次掏空，整个人、整个人生都碎了却还糊着。病人帮不了自己了，家属帮不了病人。这时候，家属该如何帮助自己与病人呢？

只要还没有住院治疗，家属就不会放弃。不管已经发作几次，家属仍须采用急性发作期的模式，来照顾病人和自己。特别要注意的是，家属必须体贴病人与日俱增的痛苦、畏惧和恐慌（第二次发

作以后），家属更必须努力去发展自己与病人的“新关系”。不要企图寻找过去的他，以及过去两人的关系。每一次发作之后，生命都重新开始。他是新的人，你们必须重新建立新的关系，重新调适新的互动模式。家人都很苦，可是一定要记住——病人最苦，他是即将沉没的怒海孤舟；你也很苦，你却在另一片海的另一艘船。我们只有一个坚持——船没沉，绝对不缩手。

B、住院治疗阶段

当家人没办法保护病人与家属的人身安全时，就不得不接受住院治疗了。这个时候，船沉了！病人住院后，只剩下一个念头，就是——我要出院，带我回家，帮我办出院，我要回家。家属一定要心志坚定，没有医嘱绝对不能出院。探望病人的次数，从第一个月的一周一次，或者第二个月的二周一次，或者第三个月起的一月一次，都不可协助病人偷渡违禁品。病人要出院应回答“好，我去问医生。”“只要你病好了，医院通知你出院了，我们立刻接你回家！”千万不要放弃或敷衍病人说“不可能”，让病人期盼的“面会”，变成冲突、哭泣与生气。病人只要发现家属放弃他了，他也会开始

放弃自己。当病人也放弃自己时，通常会引发愈来愈严重的负性症状（少部分病人会出现正性症状），他的船就真的沉了。他借着药物与病房，沉入一个只有他自己知道的时空之中。

（A）住院后家属如何帮助病人

家属千万别以为住院了就没我们的事了，这时候家属仍应执行门诊阶段的协助。

a、了解病人用药与生活起居状态，观察病人脸色、体重、情绪、念头、动作、精神状态，以及变好、变差、不变与新增的症状，主动和医生协商调药。

b、切实掌握副作用造成的影响与疗效为何？住院病人易为药物副作用摧残、折磨，却无力求助。病情是稳定？还是改善？是疗效？还是副作用的附加价值？只有家属能帮助病人厘清这些，而主动向医生协商调药。

c、务必定期探访病人，并且不辞劳苦地执行上述两件事。没有定期而完整的观察记录，病人住院治疗阶段，将成为病人终身的折磨。不是敷衍或应付病人出院的要求，而是把目标放在“如何帮助病人早日出院”，才是病人家属最终极的任务。

d、一定要要求医院转介临床心理科，给予联合治疗。用药的同

时也接受持续的心理治疗，才是朝向出院的最佳努力模式。

（B）住院后家属如何帮助自己与家人

病人住院后，新的生活环境与强势管理系统，让病人只剩下一个角色——病人，且是病人之一。割离原始创伤的条件刺激、环境与相关人之后，多重社会与家庭角色也被剥夺。规律服药与规律的团体生活，让病人进入第三生命——不会发作的病人世界中的一员。病人失去统整的自我，几乎没有机会出现。所以，病人住院后，才是家属与这个家庭的恢复期或重生期。

因为确认病人不会再恶化，人身也安全无虑，所以家属在心理上得告诉自己：

a、他已经离开我们了：我和家人都必须慢慢习惯“没有他的日子”。

b、这个痛永远不会消失：过去与他相处的日子，将成为我们一生最美好的回忆。失去他，将成为今生的最痛。

c、为了等待奇迹，我和家人必须重生：希望他能康复出院，如果奇迹能够出现，我和家人必须先准备自己和这个家来迎接他、照

顾他。

d、为了重生，我和家人必须努力，创造足以抗衡这个痛苦的幸福：为了重生，我和家人必须努力，去回想与他相处的美好时光，这些美好时光将成为我们今生的最乐。只有这个来自于他的最乐，才足以和失去他的最苦相提并论。我和家人也才能在“想到就至苦”与“想到就至乐”之间，获得心灵的平静与安宁。我和家人也才敢光明正大的想他、提到他，因为已经从至苦的深渊（-5）中爬出来，而有能力在至乐（+5）与至苦（-5）之间，寻找 -4、-3、-2、-1、0、+1、+2、+3、+4 的立足之地。

e、为了奇迹与重逢，我和家人必须准备更好的自己与家庭：为了奇迹发生——他病好出院来与我们重逢，我们不但要熬过现在，更要有能力经营现在发展未来。我和家人必须在没有他的日子里，自己照顾好自己，面对生活与命运的挑战，把这个家经营得更好来等他。

f、如果挨不过去，做不出来以上五个项目，请家属务必接受临床心理师的心理治疗。

C、出院疗养阶段

接获医院通知办理出院领回病人时，家属必须问清楚：到底是

他的病好了，还是一段日子没再发作了。病人害怕至极——病房与病人角色，远远超过他清醒时对疾病的害怕。出了院回了家，病人角色又叠入家庭角色。

（A）在适应新环境与新角色之际，病人最忌发生下列诸事：

a、不规律服药

回家后乏人管制，家属也会说“没那么严重就少吃些药”，“药吃久了不好，吃些健康食品”，最重要的是病人的心志不坚定，无法有效控制自己的行为，也假借各种借口而不规律服药、减药、停药与藏药。不规律服药，脑细胞相对于药物机制的接受器就会不知所措。脑细胞分泌物又将失调，病情又将蓄势待发。

b、生活作息混乱

生活作息混乱，或是日夜颠倒，不眠就会变成失眠，自律神经系统就会混乱失控，病情亦将蓄势待发。

c、权力系统倒错

家属会得到医嘱“尽量不要和病人发生冲突，否则容易复发……”就算没得到医嘱，家属对病人已毫无所求，只剩“活着就好”。病

人只要觉察这种家庭气氛，就会从刚回家时的生涩呆滞不动，慢慢变成“为所欲为”与“无所不为”，破坏家庭中的权力系统与角色关系。角色关系一破坏，病人的家庭角色与自我随之破坏，病人会操控病人角色，享受病人的特殊待遇，一方面规避家庭角色与社会角色的权责，另一方面则滞留在“病人”的角色扮演中。只要遭遇冲突事件，病情即立刻复发。

他会要求自己“只要不想做的事，就不去做”、“没有人可以勉强我去做我不喜欢做的事”、“我想做就做，不喜欢就不做，没有人可以约束我”。所以，不管是他自己想做的、喜欢做的，或任何人要求他、恳求他、命令他做的，他随时会停下来告诉你“我不做了，我不想做，我不喜欢做，我也没能力作，我根本就没办法做。”因为权力系统倒错，他可以极度地纵容自己，毫无忌惮地生气，毫无忌讳地为所欲为，以致一无所为。

d、抱怨家人不爱我

病人若未倒错权力系统，则易扮演弱者、受害者角色，只会抱怨家人不爱我，而不会主动去爱家人。不管对他多好都没用，避硬的吃软的，唠唠叨叨自怨自怜，把“病”归因于家人，而一直“病下去”。他要求自己“不要去做任何事”，因为“我做不来，做了也一定失败”，

重要的是“没人在乎我，没人在乎我做了什么，也没人相信我能够做什么”，所以“我是这么糟，这么没出息”！

(B) 家属了解这阶段病人的四种危险现象后，就得全力协助病人做好下列四要项：

a、规律回诊

强制回诊是首要的工作，精神科回诊后，必须强制病人规律服药；临床心理科回诊之后，必须协助病人完成每日的治疗作业。家属对病人服药后的反应与心理治疗作业的反应，都要明确地观察记录，并于门诊时提供精神科医师与临床心理师参考。

b、规律作息

千万不能让病人晚上不睡，早上又睡到中午才起来，白天没事又都躺在床上，或埋在网络游戏之中。作息表的制定，以及规律地执行是非常重要的。若有执行的困扰，应请求临床心理师协助。

c、重建家庭权力系统

这是非常艰难的工作，病人一回家就要开始做：直接说“该不该”、直接给吃、给穿、给用、给要求，千万不要问“要不要”与“想

不想”。口气委婉、用字平和、态度却要坚定。全家大小都要照会好，在病人面前，每人对上位者都要百分之百的服从与有礼貌。长幼有序、兄友弟恭的家庭次文化一定要建构出来，让病人有强烈的感受。这样才能延续病人在医院里长久习于“服从者”的角色。若服从者转变为操控者，不但害了全家，更害了他自己。

d、重建家庭亲情系统

这是非常戏剧性的工作，全家大小都要照会好、调整好，全家疼来爱去、关心来关心去，眼中、口中、耳中、手中都充盈家人之间的亲情。先向病人展示一个充满温馨亲情的家庭，次向病人展露全家人迎接他、欢迎他、接纳他、喜欢他、疼爱他。务必让病人没机会去发展“家人不爱我”的念头、情绪与行为。

D、再住院治疗阶段

再次住院，代表家属在上一阶段的努力，抵不住病人恶化的病情。再次住院治疗，可能是病人同意的，但大部分是家人强迫的、或诱骗的。在这令人沮丧的行为之后，病人每天在医院更想出院而不可得，家属每天在家哭泣懊恼而不可自己。因为世界又破碎了，二次或多次破碎了。住院病人清醒时，就是折磨自己的时候。他不断地思索“为什么我会在这里”、“为什么家人不接我出院”、“我病好了”、“我

没病为什么不让我出院”、“我要出院”。病情发作时，则瘫陷在疾病之中，生死都不像个人。

（A）家属如何帮助自己

家属务必要和家人携手共度两个难关。因为每个家人会走入不同创伤阶段，而有自己独特的反应、期待与预言（对病人、对家人、对自己）。最怕的是各自闷在心里、各自承担自己的痛苦，而冷眼或热讽别人的痛苦与快乐，这是第一个难关。第二个难关是：家属必须练习把病人永远的切割于生活之外。病人没死，却必须以死视之。病人将成为这一生的至苦与至乐，家人必须拥有这至苦、至乐，且必须离开此至苦、至乐，接触与建构生活与生命中其他的苦乐，其他苦乐的事，以及其他令人苦乐的人。

这两个难关如果不能在三个月后减轻，半年内跨越，务必接受临床心理师的家族团体治疗，或相关家属支持团体课程。这种疾病之苦所造成的一生之绝望的感觉，病人又再“死”了一次，家属也经历又“死”了一次的痛苦。每天担心害怕却“终于”又撞上，沮丧的程度、无力的程度、绝望的程度、混乱的程度、撕裂的程度、

恐慌畏惧的程度、悲伤愤怒的程度、忧郁焦虑的程度……都达到令人崩溃的地步。“他又走了”，“又失去他了”，“又完了”，“又毁了”，“一切又都没了”，“他这辈子就那样过了吗”？“我一个人怎么过”，“没有他我怎么办”，“我要他回来”，“我不能让他变成这样”，“我不能让他留在那里”，“我一定要再试试”，“我一定要帮他”，“只有我能帮他”，“我非帮他不可”，“可是我帮不了他”，“可是，我没办法照顾他”，“可是，家里没人可以照顾他”，“可是，他一回来，这个家就毁了”。家属如果过不了前面二个难关，将生活在自责与失落中，终而试图走入精神疾病或自杀的领域。“永不放弃”是家属最重要的箴言，放弃了病人就等于放弃了自己，就会罪责于自己，陷自己于苦境与困境。

（B）家属如何帮助病人

“永不放弃”是家属最重要的箴言，家属一旦放弃，病人就再也没有希望了。家属要执行的任务，仍与上次住院时相同。难度在于家属帮不了自己，没有做最坏的心里打算，就没有动力与能力去帮助再度重创的病人。

PART 5

PSC： 意外伤害之苦



意外伤害是指天灾人祸，非当事人自主意识或自愿而造成的伤害，包括：摔、跌、撞、刺、烧、烫、冻伤，尤以车祸为大宗。意外事件造成的伤害，主要是身体上的伤害，以及生理创伤引起的心理创伤与偏差行为，当然严重者还会发展至病态反应或变态反应。命运不好的人，意外伤害重则死亡或变成植物人，轻则瘫痪或截肢或脏腑破损或器官损坏或颜面伤残。命运好的人，器官没有缺损只是发炎肿痛；或者毫发无损，却造成心理上的，或财务上的重大损失。

意外事件造成的身体伤害，是血淋淋的痛苦。身体的伤害从轻伤、重伤到濒死，由不能接受到必须接受，由必须接受到抵死都无法接受。“接不接受”变成遭受意外伤害者最终极的抉择。接受是“认了”现况，从现况出发继续生活。不接受是“不承认”现况，所造成的影响是停在这个现况，或是与现况对抗。现况是什么呢？

(一) 晴天霹雳与危机处理

不管什么事都必须暂停，生活的脚步只能停下来，医院、病床、开刀、点滴、针药、复健，变成生活中的全部。生命突然变成灰色的，一切色彩、滋味、重要不重要的事全部停摆。惊慌失措或坚忍刚毅，瘫痪无助或强健忍耐，不论有无危机处理能力，都必须置身于危机中身受其苦。

(二) 身体的病痛与残疾

身体康复是万幸，留下了残疾病痛，就变成终身的遗憾了。遭受这种痛苦的人，必须接受前述“二次生涯治疗”。当事人必须把出事前和出事后的人生重新切割，并执行出事后的人格重建、体能重建与生涯重建。

(三) 意外致死

意外致死是十大死因排行榜中，最耸人听闻的标题。恶疾致死，是一天天累积下来的。自杀致死，是早有预谋的。只有意外致死，是突如其来、完全在意料之外的死亡。当事人立刻丧命，家属措手不及，突然间天昏地暗、人事全非。

(四) 当事人如何帮助自己

1. 购买适当的保险

每个人都必须为意外先做准备，所以投保适当的保险，是为处理意外事件的经济损失与付出预作准备。

2. 预立遗嘱

每个人都必须预立遗嘱，防止万一意外致死时，能够让他人协助完成自己的意志与财务分配。

3. 紧急联络人

随身携带紧急联络人数据，供急难联络之用。

4. 预填器官捐赠卡

如愿捐赠器官或遗体，应先填立证明文件。

(五) 家属如何帮助当事人

1. 安葬仪式

如果意外致死，家属必须尽量体贴当事人的意志，来办理丧礼。



2. 医疗照护

如果意外伤病，家属必须尽量提供病人最好的医疗照护。

3. 心理治疗

家属必须安排病床边的心理治疗，协助急、慢症患者在漫长医疗过程中，减缓或消除（必然却不必要的）负向心理状态的摧残。

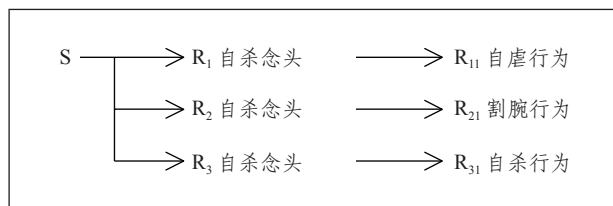
PART 6

PSD : 自杀致死



衰老之苦，来自于生理机能自然老化，是无法避免的痛苦；疾病之苦，来自于生理机能的病变，疾病的感染或来自于遗传，或来自于疏忽，或来自于意外，几乎也难以避免；而意外伤害之苦，也因为事出意料之外，所以以上三种都是难以避免的实体伤害。自杀之苦却不同，自杀只是一个念头（想法或动机）。这个念头出现后，个体就不活在第三层（生命图说总表），而活在第二层；危机严重时，当念头发展成行为时，个体就只活在第一层，日子里只有生或死的抉择。自杀的念头不是实体刺激，却会引发个体采取致死的行为结束生命，所以对生命的破坏力高居所有痛苦之冠。

自虐、割腕、自杀，统称为：自我伤害，是三种变态的行为反应机制。



自虐是惩罚自己濒临于死，割腕是记录伤害死而复生，自杀是

结束自己生命。自虐者之苦都在 R_{11} ，都在自虐行为的重复出现。割腕者之苦也在 R_{21} ，也都受创于割腕行为的重复出现。自杀者之苦则在 R_3 而非 R_{31} ，受创于 R_3 念头重复出现造成的折磨。企图自杀与自杀未遂者，都苦于自杀念头与自杀行为的相互对话。

必须注意的是这三种自我伤害的变态行为，都是个体面对条件刺激（S）时，所“选择”的三种“反应行为”的形式。 R_1 与 R_{11} ， R_2 与 R_{21} ， R_3 与 R_{31} 都已经变成知识与常识，输入在个体的数据库上，遇到 S 不能解决时，立刻弹跳窗口让个体挑选。这三种行为都非常态而是变态，但是却不是病态。各种疾病的病人也可能出现这些行为，却只能视为病态行为人并发之变态行为。病态行为与变态行为的区分，意义在于前者是疾病造成不可抗力因素的作用，后者却是当事人“故意”与“执意”的选择而必须自负全责。

（一）自虐之苦

自虐的人用各种方式伤害自己的肉体，用针刺、用棍棒捶打、用刀割、用手捶、用身体撞墙壁……自虐是对特定刺激所做的反应，

所以治疗的关键就在于特定刺激的移除，与重建其他反应模式。标示引发反应之全部特定刺激，减少该刺激出现的次数、时间与强度，或以其他 S 来替代特定刺激源的功能，不让特定刺激源出现。若特定刺激源不可替代，也不可改变呈现的时间与强度，则建构其他反应模式来替代原来的自虐模式。

1. 自虐者的痛苦

自虐者大多躲起来自虐，较少公然在别人面前自虐。自虐者个性较内向，较没自信、较没安全感。最重要的是害羞与输不起二项特质的融合，令其人际关系极为薄弱。但是，他又爱计较，竞争心强。所以，输不起时，或遇到第二类事件（想做却不能做的事）或第四类事件（不想做却非做不可）时，因为不敢攻击别人，或者认为自己是对的，就采取攻击自己的自虐反应模式。

因为自虐者害羞而怯弱，故协助者或照护者对话时不能斩钉截铁，不要用绝对语句，不要气焰太大，不要咄咄逼人，否则他会有拒绝的心态，表面上答应你，事实上却已认定做不到也不会去做。

另一个禁忌是：不能一直陈述他的缺点或错处，否则又会引发自虐行为。

不是内向懦弱的人才自虐，外向蛮横的人也会自虐。自虐的形式不止于看得见的皮肉伤害，还包括看不见的形式，如：故意饿坏自己、故意渴死自己、故意不睡、故意热坏自己、故意冻坏自己、故意惹人打他、故意惹人骂他、故意刷爆、故意吃撑自己、故意累垮自己、故意在心里想不该想的坏念头。从看不见的自虐，转换到看得到的自虐，这是非常可怕的痛苦。因为一切的苦，都在当事人充分“自觉”的状况下，执意（故意）去做出来的偏差行为。

2. 家属如何帮助自己与当事人

种种自找苦吃的行为，让家属心疼不已。可是不管家属怎么奖惩、劝说、训诫与哀求，当事人仍依然故我。这种无能为力的挫败，令人沮丧、懊恼、闷闷不乐。有的家属原谅他，有的家属不能原谅他。因为当事人是“故意”的，原谅人的人暗自饮泣，不原谅人的人怒目生气。家属必须了解，什么是故意。故意就是不得不，不得不就是有充分且必要的理由“非做不可”。理由不一定说得出口，但是没这么做，当事人就会出事或去做更可怕的事。自虐是为了阻止自己，

阻止自己自杀。

家属了解至此，会倒吸一口气，叮咛自己“天呀！发生了什么事？”家属这才了解：面对自虐、再三自虐的亲人，我如果还指责他、气他、不原谅他，我就不是人。他很苦，苦到想死，却转不出来。他很勇敢的，用很残酷的（错误）方法，不去寻死。他在救自己，一次又一次地救自己。不但不可苛责，还得努力协助他。

家属急迫地想知道，他该做什么不该做什么：

（1）家属不该做的行为

- A、质问：为什么你要这样伤害自己？
- B、质问：为什么你想自杀？
- C、质问：我（们）家对你不够好吗？没有温暖吗？
- D、质问：你看不到我（们）有多爱你？多照顾你吗？
- E、质问：你心里有什么心结，就不能用讲的吗？
- F、质问：你遇到任何困难，我们都会全力帮你的，为什么你不说出来呢？
- G、质问：你这样伤害自己，让我（们）好难过，不要再这样

好不好？

H、质问：你如果继续这样伤害自己，干脆去死了算了。不然的话，我先去死了算了。

I、冷漠：用冷漠态度，对他的自虐视若无睹，甚至嗤之以鼻不当一回事。

J、责罪：你做这种事，叫我怎么活下去，你让我非常的痛苦，你让我面子挂到哪里？你故意找我麻烦，故意用这个来折磨我，你对不起祖宗对不起我，你这样子会下地狱，你害我为了你而……

（2）家属应该做的行为

A、第一次发现：

（A）要表达强烈的震惊、不舍、怜惜、疼爱与强烈的“在乎你”，可以哭、可以叫、可以捶头顿足。一边摸他、抱他、搂着他，可以擦药、可以送外科或急诊，口中可喃喃自语“宝贝”等平日的昵称。

（B）事发当下当天只要做好医疗照护，强烈表达怜爱不舍之情即可。隔天至一周内，每天都对他特别好，都强烈表达情感，强烈告知他对你（和这个家）有多重要。

（C）建议表达是：你很重要的，你好重要好重要，我好爱你，我们都好爱你，我（们）会更努力照顾你的。

(D) 尤其是一边抚摸他的伤口，一边静默地掉眼泪。或者看着他，抚摸伤口，转过身哭泣，再回过头强颜欢笑说：“我去切水果给你吃。”

(E) 千万不要逼他答应你：以后不再这样，或质问上文 10 个禁忌的问句。

(F) 5 天或一周后，若他还没主动说出因由或提出不再犯的保证，家属就要询问以下“援助问句”：

a、我希望能帮得上忙，可以帮你吗？

b、我或家里的人是不是该去做些什么或不做些什么，才能保护你，才能让可怕的事不再发生？

c、有没有什么事，我们必须去处理，才能保护你不再出事？

d、你的心里有什么心结？你处理得了吗？我（们）帮得上忙吗？要找人帮忙吗？

e、以后还会再出事吗？

f、如果上述问句都无法引导有效的沟通，就请安排（尽量强制）接受心理治疗。建议表述如下：因为要保护你，我们必须找人帮忙，

我们约一位专家来帮你……送诊请至心理治疗诊所而非精神科（或身心科）诊所，临床心理师若诊断他有精神疾病且需用药，就会帮忙转至精神科接受药物治疗。

B、第二次或多次发现：

（A）每次事发当下、当日，都要比照第一次发现时的（A）（B）（C）（D）处理。

（B）千万不要在现场或当日质问：为什么你又做了，又来了，又在闹了？你想怎样？你有完没完？可不可以不要再这样？

（C）千万不要用语言对当事人做人身攻击。或以亲情剥夺或家庭角色切割，做为威胁或报复的手段。

（D）第二天就要询问上文6个“援助问句”。然后，不管结果如何，都必须尽量（强制）就医进行心理治疗。

（二）自残之苦

自残的人用刀、用各种东西“割”自己，刚开始“试割”阶段以刀背或笔套尖端，刮手臂背面或内面。试割可能是无聊，可能是

模仿，可能是尝试性地练习这种对创伤刺激的反应形式。正式开割那一次，也可能是无聊，可能是模仿，可能是从众行为，可能是发泄怒气或怨气，而选择拿起刀子在手腕上划下第一刀，或连续好几刀。第二次割腕的时候，几乎已经定型于“对创伤刺激”的“特定反应形式”了。接下来他就习惯了，习惯用割腕来记录一次又一次的创伤事件，习惯用割腕来记录伤害有多严重，习惯用割腕来记录我是一个受害者，习惯用割腕来记录伤害致死的我浴血重生。

割腕的人就像吸血鬼一样（被他咬过的人也会变吸血鬼），他主动或被动地展示他的手臂，细述每一道刀痕所记录的痛苦，然后微笑地回答对方“痛吗？”的问话：“不痛”，“心更痛”，“其实不痛而且有一种快感”，“看见血，我的心才能平静下来”，“很舒服的”……他（不自觉地）诱惑身边的人——割腕。校园里的割腕者，会发展成一个一个的族群。族群内代代相传、分枝蔓叶，族群内又分成小团体相聚，一起割，一起展示，一起责骂，一起泄恨。甚至拍下照片，发到博客上。他们分享痛苦，也分享割的部位。久割之人，没事也会拿刀子割割这里、割割那里，因为手臂部位不大，没多久

都割满了，就必须找别的部位割。哪里最好割？哪里割了最痛？最近谁又割了？我近来割了哪里？为什么割的？都是“他们”分享的内容。应该说“她们”，校园割手大多是女生。“可不可以不要再割了”，成年的割腕者会回答“不可能”，学生的割腕者会回答“好”，“保证不再割了”，却仍继续割。

1. 割腕者的痛苦

割腕时不苦，割腕后不苦，因为割腕是为了解除痛苦。割腕之前，才苦。割腕是仪式化行为，是针对创伤事件的刺激，引爆致于死的创伤心理（痛苦），执行以刀割腕浴血重生的仪式。每一道血痕都见证，她从痛苦至死的创伤中，勇敢地救回自己的性命，而付出的惨痛代价。每一次割腕，都证明她是受害者，很多人都欺侮她，命运蹂躏她，她也看不起自己，她用血痕嘲笑自己的能力与人生。

割腕的人对某些生活刺激物（S）完全没有反应，不一定会去做他该做的事。可是不同时段会挑选不同的特定刺激，给予大量与超量的反应——割腕。哪些事是非割不可，是可以整理列表，成为心理治疗之重要的工具。割腕者情绪变异性超大，情绪控制能力有好有坏。但是割腕行为大多是平静下来以后，理性的选择与行为的实践。

最可怕的是，冲突事件当下冲动性的割腕行为，因为会失控而重割或重砍，导致死亡或残废的危机。

割腕者之苦大于自虐之苦，却一样是故意与不得不。割腕者从强烈自杀念头或行为的鬼门关前，一次又一次地控制下刀的力量，一次又一次看到血流出来的“讯号”而停止寻死的动作，需要坚强的意志力才能活到现在。为了活着，她支付重大的代价。看到创伤事件步步逼近，感到创伤心理愈加狂乱，面对自杀念头一再催促，她恨透了自己的无能为力——恨自己，只能又静悄悄拿起刀子，一刀一刀地割下去。割腕行为的发展序列是：学习—练习—习惯化—上瘾。割腕的人非常痛苦，她不只苦在“非死不可”，更苦在必须“死而复活”，尤其是苦在一辈子都陷落在生生死死的困境中。只要遇到挫败或想到不如意的人、事、物，就必须割腕，割好几刀，割到见血或流血。“血从刀痕中流出”就好比希腊神话中薛斯佛斯手上推的那块大石头，那是痛苦的棘冠。以此来证明：我是受害者，我痛苦至死，我努力地活了下来。

割腕者的特定创伤事件，几乎都不是有或无、苦或乐以及值不

值得，几乎都集中在成败与输赢的事件中。挫败，是割腕者的最痛。生活上挫败的事件，往往变成引爆割腕行为的撞针事件。重新定义挫败，如何处理挫败感，即为心理治疗的重心之一。割腕者易于在感情中挫败，人情、友情、爱情、亲情几乎无一幸免。爱情、夫妻之情与亲子之情最常挫败，以致她总是无法从家庭生活中获得幸福感。

2. 家属如何帮助割腕者

割腕者家属面对割腕行为承受的惊吓与害怕，远远大于自虐者家属，因为鲜血淋漓。一次又一次地送急诊室，一次又一次地站在急诊病床边看着（昏睡的）割腕的亲人，一次又一次地擦拭家中的血渍。看着亲人双手或双脚或满身刀痕，眼泪一次又一次地流干，心头一滴又一滴地淌血。浑身颤栗的家属，只有痛苦欲绝四个字可以形容。因为割腕者通常和家人的关系都不太好，他会要求别人很多，却没有能力去爱、去照顾别人。又因为他是“受害者”，家人也可能是“加害者”。所以割腕后，家人内心的冲突、矛盾更是难以名状。

家属该如何是好呢？家属务必明白，这个人已经被生涯发展中

的挫败完全击倒。这个人心里已经建立一个

$$S(\text{挫败}) \rightarrow R_2(\text{自杀念头}) \rightarrow R_{21}(\text{割腕行为})$$

的割腕方程式。当事人身陷其中，努力地以 R_{21} 来解除 R_2 的威胁。她割腕不是寻死，而是救自己不死，更是濒死而复活。面对每次浴血重生的她，家属岂能苛责或恼怒，怜爱疼惜都来不及了，哪还有空生气或放弃。家属必须知道，她帮不了自己，你也帮不了她，务必寻求专业临床心理师的协助。虽然帮不了她，却必须更强烈地表达在乎她的生命，以及疼惜她这个人。所以务必更努力执行上文“自虐者家属如何帮助自己与当事人”的各种方法。家属不该做的行为千万别做，家属应该做的行为一定要做。

(三) 自杀之苦

人类最私密的行为：自杀。自杀，是自己杀死自己。衰老而不

得不死,所以衰老是痛苦。意外而致死,所以意外是痛苦。疾病而致死,所以疾病是痛苦。被迫而致死为苦,那么主动去死是至苦?是至乐?还是为了解除至苦呢?打结了,没错。自杀非关苦乐,非关成败,非关有无。自杀只关系于值不值得,只关系于值不值得再活下去,只关系于还要活多久,只关系于今天死还是明天死,只关系于立刻死还是再等一等?结打开了,没错。等什么?等还会出现活下去的理由?什么理由?我活着的价值与意义。把有无、成败、苦乐引以为苦而致死,只会并发或加速老死、病死与意外而死的机率与速度。而当一个人把值不值得引以为苦而致死时,就会引发自杀行为。

当价值成为唯一的幸福时,有价值才算拥有、才是成功、才该快乐、才是幸福、才是活着,一个人就不再活在“生命图说总表”的第三层次,而是一日日一层层地掉落在第一层次之中。每天的生活、生活中的每一个事件,都只用一个价值与否的漏斗筛检时,时时刻刻就都非生即死了。值得的事件愈多,当事人就活得虎虎生风。当不值得的事件愈多时,生就不如死了。值不值得的翘翘板也毁了的时候,连值不值得也都无所谓的时候,就会出现自杀的念头,进而引发自杀的行为。

1. 自杀者的痛苦

想自杀的人，思想窄化而掉入下一个方程式中：

$$S(\text{创伤事件}) \xrightarrow[B]{A} R_3 \text{ 自杀念头} \longrightarrow R_{31} \text{ 自杀行为}$$

成人出现 R_3 ，大部分是因为 A 心理历程，亦即把不值得引以为苦所致。儿童出现 R_3 ，大部分是因为 B 心理历程，亦即 $S \rightarrow R_3 \rightarrow R_{31}$ 方程式的学习与“知识化”， R_3 与 R_{31} 以知识的形式存入儿童脑海中，而成为面临创伤事件时，选择反应形式的选单之一。

A 心理历程，显示成人自杀（大部分）是：

$$S(\text{创伤事件}) \longrightarrow O(\text{值不值得的筛选}) \longrightarrow R_3 \text{ 自杀念头} \longrightarrow R_{31} \text{ 自杀行为}$$

B 心理历程，显示儿童自杀（大部分）是：

$$S(\text{创伤事件}) \longrightarrow R_3 \text{ 自杀念头} \longrightarrow R_{31} \text{ 自杀行为}$$

就成人而言，自杀者之苦，不是苦在 S 或 O 或 R_3 ，而是苦在 $R_3 \rightarrow R_{31}$ 之间的历程，困苦在想死和去死之间，困死在自杀念头与

自杀行为之间。这之间思索的时间愈长，时间愈久就痛苦折磨愈久。就儿童自杀者而言，不是苦在 O 或 R₃ 或 R₃₁，而是苦在 S。儿童会日以继夜地想着创伤事件，而在最短的时间直接连续引爆 R₃ 和 R₃₁。儿童自杀的特色之一，就是想死到去死之间的时间很短。

想死很简单，去死才困难。发觉自己不再只是思考“想死或不想死”，而是已经确认要死，会让当事人差点“吓死”，陷入更深沉的痛苦之中，怕死的念头也就在这时候跳出来，害怕自己真的自杀了怎么办？愈害怕却又发觉自己一路往去死的那端前进，这种害怕会夸大化而出现畏惧和恐慌的心理状态与症状。这时候他就必须面对“最后三件事”：一是必须选择用什么方法自杀，二是必须选择什么时间自杀，三是必须选择在哪里自杀。当事人发觉自己已经在抉择这三件事时，面对特定标的物的畏惧感，以及想象思索时的恐慌感，逼得一个人快疯了。

更可怕的是，接下来又发觉自己必须做“最后两种准备”：临终安排以及准备自杀的用品与时间时，焦虑、忧郁、畏惧、恐慌、强迫甚至妄想的各种症候群几乎都会出现而将痛苦逼到极点。挨得住、意志力强、身体强壮的人，就这么把自己逼入“生不如死”的牛角尖（定制化心身自我状态）中。挨不住这般痛苦的、意志力较弱、

身体虚弱的人，就会并发精神官能症甚至精神分裂症，而同时沦落病态行为与变态行为之中。

（1）无精神疾病的自杀者之苦

没并发或原来就没有精神疾病的自杀者，又可区分成三类：

A、意外性自杀

一直想死，可是一直不敢去死，不愿意或没能力去抉择最后的三件事与二种准备的自杀者：他不会做去死的行为，他只会一直期待发生意外而死，或到危险的地方做危险的事，看会不会意外而死。例如：看到意外死亡报道，就一直想“要是我在现场就好了！”又例如：发生冲突事件，就上高速公路飚车，他小心翼翼地开快车，却不会去撞护栏，而等着别的车来撞他。这种人，日常生活一直习惯性地犯错，招惹一大堆责难和不必要的麻烦，然后引以为苦。他想死，说要死，可是只要没有出意外或意外不致死，他就一直活着——痛苦地活着。

B、动机性自杀

一直想死，早已完成最后三件事的抉择，可是迟迟不愿意或没

能力去做最后二种准备的人：他会做去死的仪式化行为。去死的仪式化行为，是指执行自杀行为，但是立刻停止，有做就好，有执行动机即可，不必完成死亡的目的，亦即：不能死。割腕者最具代表性，他寻死，却没死；他一割再割两手布满刀痕，却都不会丧命。动机性自杀的人，轻轻地刀割，少少地吞药，在高处逗留徘徊……总是在招惹人家注意或必须互动往来的时间或地点或方式——让自己自杀了，却不会死。每次都自杀不成，或濒死复活，或虚拟的死后重生。因为没死成，又一直想死，所以动机性自杀者，就沉沦在生死交替的轮回之中，至苦。

C、目的性自杀

一直想死，早已完成最后三件事与两种准备的人，在完成最后准备的那天，他就已经（虚拟的）死了。他已经把自己当作必死之人，当作已死之人。还活着，只是某些清楚或不清楚的理由挂着；只要“信号”一来，就会立刻执行早已准备好的自杀行为。从那天开始，每一天都是多出来的，所以有没有都无所谓、快不快乐也无所谓、成败无所谓、值不值得也无所谓。合情、合理、合法的事做不做无所谓，不合情、不合理、不合法的事做不做也无所谓。他照常工作、恋爱、结婚、生育，但是他冷淡无情，该走的时候毫不留恋地切断

一切连带关系，到不被人发现的地方（或者先到处玩玩）执行必死的自杀行为。这种人自杀前与自杀时都不苦，因为他早已就“死了”。目的性自杀者，以烧炭自杀最具代表性。

（2）有精神疾病的自杀者之苦：病发性自杀

自杀者的精神疾病，不论是发生在前或并发在后；不管是精神疾病引发自杀行为，或自杀行为并发精神疾病，两者都已共存于当事人身上。这种人在精神疾病发作之时，丧失感官知觉能力，丧失精神意志与行为控制能力，做出伤害自己生命的行为时，称之为病发性自杀。不论是否完成最后三件事的抉择，以及最后两种事的准备，病情发作时的自杀行为，都是以现场环境条件与可用工具，以失控模式随机操作自杀行为。例如：有刀就砍，有药就吞，有绳就吊，有楼就跳，有车就撞……在狂乱吼叫中执行的自杀行为，有没有死就看运气。苦吗？病情发作自杀之前非常非常的苦，之后更苦，之中，则失去意识与控制，没人知道苦不苦。

2. 家属如何判读生命危机

生命危机分成二个系统,第一个系统是“生与死”或“想活与想死”的翘翘板,第二个系统是“想死与去死”的翘翘板。当一个人把日子、把每件事,都放在生与死的翘翘板上时,想死的念头强烈袭击他的心灵。愈想死就愈想活,愈想活就愈想死。生活与事件都变得了无生趣,整天只是想着生或死。第二系统的人,已经跨越第一系统而决定:死,从而掉落在想死与去死的翘翘板上,并且一步步往去死那一端移动。

(1) 第一系统:想死的危机与六大征兆

个体进入第一系统时,会出现下列六个征兆,其实这六个征兆,就是六种 S.O.S 的求救讯号。

A、性情发生巨大改变

个性与情绪表现模式出现巨大的转变,例如:内向的人变得外向,情绪变易性大的人变小……。生活中没出什么大事,整个人却突然变成另外一个样子。被人询问时,当事人的标准反应是:“有改变吗?”“这样子不好吗?”家属与同事务必注意,性情发生巨大改变是自杀的征兆。不是改性子了,也不是病好了,更不是想开了,而是——他想死。

B、行为与作息发生巨大的改变

动作系列构成行为，行为系列构成作息，习惯性动作与日常出现（或不出现）的行为，以及规律性安排事件的生活作息都发生了巨大的改变。这个人做出不该是他做的动作与行为，却怡然自若当作本来就如此一般。这个人该干嘛不干嘛，不该干嘛却干嘛，大刺刺地用“我要不要”与“我喜不喜欢”取代了“该不该”，却视之为当然。若没遇到重大创伤，一个人却突然如此，就是他——想死。

C、用钱的方式发生巨大的改变

一个人开始挥霍金钱，把钱花光，把卡统统刷爆，买东西送人，请吃饭、捐款……他与购物狂的差别在于，购物狂买的都是自己的东西，他买的都是别人的东西，他把钱花在别人身上；他想在死前，以金钱来弥补并结束他和这些人的关系。

D、言语发生巨大的改变

一个人说话的内容，开始发生以下四种改变：

（A）谈论生命的意义

一个人突然变成哲学家，大量研读、谈论或书写生命的意义，

是因为他想死所以在拯救自己。找到满意的解答，他就能抉择：
活。找不到解答，他就只能抉择：死。

(B) 谈论死亡的价值、仪式与费用

一个人突然变成宗教家，大量研读、搜集、谈论或书写死亡的价值、仪式和费用。这是因为他想死，所以要把死给弄清楚：死后到哪里？灵魂在何处？天堂与地狱的详情？宗教仪式与丧葬费用？捐遗体好不好？器官捐赠好不好？放弃急救好不好？预立遗嘱好不好？……家里没人往生，他却一直在摸索这些，因为他——想死。

(C) 谈论自杀的方法

一个人突然变成专家，收集数据、询问、谈论或书写各种自杀方式。评论哪种较不痛苦，哪种较快，哪种较方便，哪种最便宜，哪种该怎么做……谈论这些时，虽然气定神闲，真相却是——他想死。

(D) 谈论死亡与自杀的念头

一个人突然开口闭口都是“死”、“死了算了”、“死了就一了百了”、“死了什么都解决了”，动不动就说“我要自杀”、“自杀算了”、“有一天我会自杀”、“谁知道我什么时候自杀”、“自杀就解脱了”……谈笑风生地说这些话的人，漫不经心地说这些话的人，慎而重之说这些话的人，支支吾吾说这些话的人，哭哭啼啼

或气呼呼说这些话的人，若无其事地说这些话的人，一而再再而三说这些话的人，全都——想死。千万别说“我一听就紧张兮兮去安慰他、劝他，好几次了，他都没死，他骗人嘛！”真相是：你当他一回事，他就没事；你不当他一回事，他就会出事。

E、身体发生巨大改变

一个人肢体颜面伤残、洗肾或罹患绝症、慢性病与精神疾病而饱受心灵的摧残与肉体的折磨，不管他表现得多么坚强，他当然会想死。

F、环境发生巨大改变

一个人的家庭或职业或经济或学业或生涯或感情发生巨大变故，一个人遇到天灾人祸：屋子倒了、亲人死了、骨肉分离、生死两隔……不管他表现得多么坚强，他当然会想死。

（2）第二系统：去死的危机与三大征兆

个体进入第二系统时，已经在处理最后三件事与最后二个准备，他会出现以下三个征兆，其实这三个征兆就是三个S.O.S的求救讯号。

A、托人

把某个重要之人托付给他人，请求对方日后务必好好代为照顾。

生命危机等级表					
类别	等别	案情主题	级别项目	程序码	核心问题
轻度危机	1	生活事件 失控	<input type="checkbox"/> A 事理不平 <input type="checkbox"/> B 人际困扰 <input type="checkbox"/> C 无解决方案 <input type="checkbox"/> D 忧思苦恼 <input type="checkbox"/> E 痛苦绝望 <input type="checkbox"/> F 冷漠 <input type="checkbox"/> G 精神困扰	A,F → K	没有能力 控制事件 ↓ 不想活了
	2	人际冲突 挫败	<input type="checkbox"/> H 对环境负向观 <input type="checkbox"/> I 对他人负向观 <input type="checkbox"/> J 对自己（过去、现在、未来）负向观	B,F → K	
中度危机	3	异常 动机困扰	<input type="checkbox"/> K 深度焦虑、恐慌、畏惧、强迫 <input type="checkbox"/> L 对自己、他人或社会的敌意 <input type="checkbox"/> M 对生命的敌意 <input type="checkbox"/> N 放弃家庭责任 <input type="checkbox"/> O 放弃生存信念	C,F → L	没有能力 控制自己 ↓ 死了算了
	4	异常 情绪困扰	<input type="checkbox"/> P 重郁、大哭或狂躁 <input type="checkbox"/> Q 不快乐、活不下去了！ <input type="checkbox"/> R 太痛苦了、死了算了！	D,F → M	
重度危机	5	已启动 自杀方程式	<input type="checkbox"/> S 过去、现在与未来的自杀动机 （因为……所以我想自杀） <input type="checkbox"/> T 自杀意念（我想自杀） <input type="checkbox"/> U 目的性自杀（我要自杀）	E,F → M	没有能力 救活自己 ↓ 我要自杀
	6	准备进入 自杀程序 （行为）	<input type="checkbox"/> V 自伤、自残 <input type="checkbox"/> W 自杀安排与临终安排	O,P,F → M	

续表

生命危机等级表				
类别	等级	案情主题	级别项目	程序码
急迫危机	7	已进入自杀程序（行为）	<input type="checkbox"/> X 立刻去死，现在就自杀的冲动或行为 <input type="checkbox"/> Y 病发失控 <input type="checkbox"/> Z 自杀行为（前、中、后）	O,N,Q 没有能力阻止自己 ↓ 非死不可
<p>轻度危机：第一等至第二等→有生活适应的危机，容易沉沦于事件或与他人关系的际遇之中。认为千错万错都是别人的错、错在他人、他事、他物。感觉自己没有能力控制环境，造成自己生活事件失控，而出现死亡意念，这是第一等；造成人际冲突挫败事件，而出现死亡意念，这是第二等。轻度危机还不会威胁生命，但应找亲友谈谈。</p> <p>中度危机：第三等至第四等→认为千错万错都是自己的错，而沉沦于自己特定的负向动机意念，或者特定的负向情绪之中。不再攻击外在的条件刺激源，而只攻击自己负向的反应与自我状态。没有能力控制自己异常的动机而产生死亡意念，这是第三等；没有能力控制自己异常的情绪，而有死亡意念，这是第四等。中度危机还不会威胁生命，但应寻求专业心理咨询或辅导。</p> <p>重度危机：第五等至第六等→不再攻击他人、自己或事件的如何与如何，而直接威胁生命的存在状态与继续存在的可能性。感觉没有能力继续活下去，心里只有一个念头，就是“死”、“想死”、“去死”、“死了算了”、“死就都没了”。已经启动自杀方程式，产生自杀动机、意念或目的性行为，这是第五等；已经进入自杀准备程序与临终安排，这是第六等。重度危机请立即找人陪伴，不要让自己离开人群，避免一个人独处，尽速寻求专业心理治疗。</p> <p>急迫危机：第七等→感觉自己没有能力救活自己，出现立刻寻死的语言或行为，这是第七等。生命有立即性的急迫危机，请再给自己的生命一次机会，千万不要独处，一定要找人陪伴，告诉自己立刻接受专业心理治疗，或精神药物治疗。至少，打电话到希望 24 热线 400 161 9995，请为自己留一线生机。</p>				

B、托事

把某些重要事务托付给某些人，请求对方日后务必代为处理或转达。

C、托物

把某些重要物品或凭证（如钥匙或宠物或收藏品），致赠某些人或请人代为保管。

（3）第二系统：去死的危机与判读技巧

个体进入想死与去死的翘翘板摇摆一阵子之后，翘翘板会慢慢地往去死那端沉下去，个体慢慢或快快或者时快时慢地往去死那端移动。家属与同事如何判读他——已经走到哪里呢？距离去死还有多远呢？接下来的移动速度快或慢呢？

A、生命危机等级表

B、判读技巧

生命危机等级表，把去死的危机区分成：四大类七等二十六级。家属可观察当事人日常言行举止，用笔顺着 A ~ Z26 级，勾选符合的项目（复选）。再把严重的勾选项目（最靠近 Z 的），对照落在七个等级的哪一等，以及四大类的哪一类。例如：最严重的勾选项目为 T，对照可得：重度危机、第五等、T 级。

轻度、中度危机都还不会去死，重度危机或早或晚一定去死，急迫危机则有立刻去死的可能。从 A ~ Z 的每一个级别项目，都是掉落在第二系统想死与去死翘翘板的人，心里面存着一个一个疙瘩、一个一个创伤与一个一个秘密。从 A ~ Z，愈往下走愈是严重，愈是从想死的念头端，逼近去死的行为端。家属务必注意：面对轻度危机的人，您得努力当个好垃圾桶，让他有机会淋漓尽致地倒完垃圾。面对中度危机的人，您就得寻求心理师的协助，并需家属与同事（学）接替陪伴。面对重度危机的人，您必须寻求临床心理师的协助，并需家属 24 小时陪伴。面对急迫性危机的人，您必须紧急送急诊以药物强迫镇静，来解除自杀的急迫性危机，然后再安排心理治疗的疗程，并咨询临床心理师：是否要加入精神科医师实施联合治疗（若当事人有精神疾病病史或用药中）。

3. 家属如何帮助自杀者与家人

自杀者家属之苦，更远胜自虐者与自残者家属之苦。自杀行为，摆明着是断情绝义。面对挚爱的家人——他却早已偷偷地断情绝义，

不把你和自己当一回事——寻死，这种心理上极端的冲突，令人面对亲人的死或寻死或濒死，而不得不崩溃。他，人死了；家属，心死了。他，自杀未遂；家属，不知该活或该死。自杀者与自杀未遂者，最可怜之处在于生活在“生命图说总表”的第一层，每一天每一个时刻都在想死和去死之间徘徊。或是来来去去，或是渐渐前行。生活事件的翘翘板全毁，无所谓幸福与痛苦，只有死或暂时不死。家属知道自杀者之苦，就了解没有苛责与劝说的空间，也了解自己没有能力帮他脱困而出。不罪责于自杀者，也不罪责于家人或自己，是自杀者家属自助与助人解脱的两大重点。

（1）家属如何帮助自己与家人

自杀者带来的是死亡的重大创伤事件，家属亦将跟着引爆不同层次与强度的创伤心理“反应”如下：

面对亲人自杀行为的刺激(S)时，家属的反应(R)分成五个阶段，第一阶段满足了才会发展至第二阶段并次序而下。若上一阶段未满足，当事人就会一直“卡”在那个阶段过日子，不会移至下一个阶段。例如 62 岁的妇女求诉：“我一直无法接受小学六年级那件事，怎么会发生在我身上？”她卡在第二阶段 50 年了。



家属只要参考这张模型表，就可以透过家人的言语与表达的想法，推断出各人的心情意念与心理创伤发展的阶段。因为知道各人在各个阶段，所以不会彼此冲突与不谅解。因为知道各人继续发展的阶段，所以能够互相帮忙催化，自己不让卡住，也不让其他人卡住。因为知道自己从头到尾的创伤历程，就能较快地完成创伤心理的任务与需求，或较早就能向临床心理师求助。

（2）家属如何帮助自杀者

家属务必了解，第一次自杀未遂后的人，若得到适当的照顾与治疗，他就不必再三自杀至死方休。每一次的自杀未遂，都是我们解救亲人脱困的良机。所以如何照顾企图自杀的人与自杀未遂的人，就变成家属最重要的工作。

A、家属不应该做的行为

（A）请务必不能做，上文自虐者家属不应该做的十件事

（B）请务必脱离以下几乎每个家属都会犯的六大禁忌

- a、劝善：述说生命美好的荣景与未来，要求奋发向上。
- b、规过：指出自杀是错的，要求不可再犯错。
- c、哀求：哭诉自己承受的伤害，要求不要再伤害自己与家人。
- d、责骂：愤怒生气，大声责备谩骂，要求认错改过与励进。

e、抱怨：陈述造成的伤害与影响，要求不要这样折磨亲友。

f、质问：用直接严厉的语句，盘问自杀的原因与细节。

B、家属应该做的行为

(A) 请务必做到，上文自虐者家属应该做的所有行为，强烈表达不舍、在乎与疼惜。

(B) 全时陪伴，尽量 24 小时都有人陪在身边。自杀危机愈强烈，或刚从急诊抢救回来，务必 24 小时日夜陪伴，绝对不要让当事人独处。独处，是最大的危机，千万不能冒犯。

(C) 陪伴时务必温言软语、和颜悦色。

(D) 可以说家常闲话（不超过 20 个字）给他听，不要逼他说话。

(E) 他若说话，要专心聆听，当一个好的垃圾桶，只接听而不质问、不辩解、不怀疑、不拒绝、不否定、不批判、不轻蔑、不耻笑。你要用心听，接受他说的每句话。不表示意见，但要慎重地当一回事。最后一定要表达，事情不管怎样，我只在乎你——一定要活着。

(F) 务必协助或半强迫接受心理治疗，没有接受心理治疗，当事人很难解除自杀行为的再发展。如果有药物治疗的必要，临床心

理师会给予有效的协助与联合治疗。

(G) 家属自己熬不住的时候，会生气、会哭泣、想放弃；或者自己的生活作息、动机情绪都已混乱之时，请速寻求临床心理师的协助，提供特别心理治疗或家族治疗。

PART 7



结论：
最后的叮咛

不管病人说了什么、做了什么，或者没说什么、没做什么，家属都不可以生气、哭泣或放弃。原因只有一个——他是病人，你是照顾他的人。家属只有一个坚持，就是——永不放弃。

照顾衰老之人、疾病之人与自杀者，让自己超越自己的衰老、疾病与自杀念头，更深刻地抚摸生命中的各种痛苦与幸福。痛苦或有稍减，幸福感就油然而生；或者是，幸福感或有稍减，痛苦感就冲脑而起呢？永不放弃，让每一个照顾病人的家属，拥有痛苦之心——幸福的源头。

PART 8

附录： 精神疾病预后 的心理治疗



预后是指：疾病痊愈之后如何防止复发的第三级防治作业。精神疾病痊愈的指标是什么呢？病情稳定，生活可以自理，社会功能正常，规律门诊服药，六个月以上没再发作？只要有服药，就算尚未痊愈吗？还是也算痊愈？通常发作一次要服药1～3年，发作二次要服药3～5年，发作三次以上就要终生服药。如果满足上述条件，也算痊愈吗？症状发作期做的是症状治疗用药，未发作期做的是预防用药。精神药物治疗的预后治疗，就是预防用药。精神疾病患者的预后治疗，只需要精神药物的预防用药吗？残留症状控制在未发作的程度即可？预防用药的副作用可接受即可？没有任何其他治疗模式，可以继续减弱或消除残留症状与副作用吗？没有任何其他治疗方法可以协助病人和家属更趋近于痊愈吗？有的，答案就是：精神疾病预后的心理治疗。

(一) 服用抗精神病药物病人与家属

不论起因为何，个性、习气如何，当一个人规律服用精神药物，成为门诊或住院的精神病人之后，他的生命发生了什么变化呢？不知道这些变化，就不知病人有多苦，就不解家属有多难受，病人与家属就只能拉扯着不同的世界，而一起向地狱沉沦！

1. 抗精神病药物的副作用

从第一代到第三代抗精神病药物种类繁多，副作用的项目更是繁复。相同药物相同剂量，对不同的人产生不同项目与不同强度副作用。例如：500mg 思乐康对 25 公斤体重病人，只出现增重 20 公斤的副作用，其他副作用都看不到。但 25mg 思乐康对 45 公斤体重病人，却出现 EPS（锥体外径症）及中枢神经系统的障碍。服用 200mg 首利安会产生自律神经系统及内分泌障碍，减药到 25mg 副作用仍在。

家属如何帮助病人观察与记录副作用，交付精神科医师协助调

药的效率呢？以下依副作用的名称制成 A 表，另依副作用于各器官系统引起的障碍制成 B 表，并附周一——周日的字段，提供家属观察记录与勾选。勾选代码如下：A → 增强，B → 持平，C → 减弱，D → 新增，E → 消失。另制成 C 表，家属填入病人症状，并以上述 ABCDE 代码，记录病情变化与疗效。AC 表或 BC 表交付精神科医师，才能确保调药的效率。

2. 调药：病人以身试药

从初诊给药之后，病人开始吃进这辈子第一颗抗精神病药物。药效不会立即发作，因为大部分是长效性药物，药效发作也不一定必然有效，所以不一定一次就试到对症的药。但是病人立刻有感觉，副作用立即开始发作。副作用一发作，因为个别体质差异，病人将饱受折磨，但是副作用愈强，原来的症状就愈不会发作。家属常会想：是副作用控制病情不发作，还是药效控制病情不发作？

(1) A 表

A	精神病药物副作用反应名称分类检核周记表< A 表>							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
A 中央性抗胆碱作用	1 健忘 (神志模糊)							
	2 记忆力障碍							
	3 学习能力退化							
B 外围性抗胆碱作用	1 口干							
	2 便秘							
	3 小便困难							
	4 视力模糊、窄角到青光眼							
	5 心跳过快而停止 (类似奎宁平、类似阿托平)							
CH ₁ 抗组织胺作用	1 镇静							
	2 嗜睡							
	3 胃口好、体重增加							
D α_1 肾上腺素接受器阻断	1 姿势性低血压							
	2 射精困难							
	3 头晕							
	4 镇静							
E 锥体外径症 EPS	1 肌肉紧张异常、不停流口水							
	2 静坐不能							
	3 肌肉僵硬、言语不清楚							
	4 行动缓慢							
	5 手抖							



续表

精神病药物副作用反应名称分类检核周记表＜A表＞								
A								
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
F 迟发性不自主运动 TD	1 嘴巴：不断做咀嚼状							
	2 舌头：不自主重复伸出							
	3 下巴：鼓嘴							
	4 四肢：手指、脚趾不规则抽动							
	5 颈部：肩、颈扭动、耸动							
	6 躯干：走路身躯摇摆							
	7 不断眨眼							
	8 做鬼脸							
G 自律神经系统及内分泌的障碍	1 体温调整功能障碍：夏天易中暑、冬天易冻伤							
	2 性欲降低、性功能障碍							
	3 食欲大增、体重增加							
	4 血糖、血脂增高							
	5 自发性饮水中毒：一直不停喝水							
	6 泌乳素过高症：流出乳液、停经、忧郁、敌意、骨质疏松							

续表

A	精神病药物副作用反应名称分类检核周记表＜A表＞							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
N 抗精神病剂 恶性症候群 (NUS)	1 体温升高 41℃以上、出汗							
	2 肌肉僵硬							
	3 血液中肌酸磷酸激酶增加							
	4 不规则的脉搏血压							
	5 心跳太快							
	6 心脏心律失常							
	7 肌红蛋白尿							
	8 急性肾衰竭							
	9 精神状态改变							

注：整理自沈武典（2007）21 世纪临床精神药理学，台湾合记图书出版社。

注：勾选代码，A →增强，B →持平，C →减弱，D →新增，E →消失。



(2) B 表

B ₁	精神病药物器官系统副作用分类检核周记表< B 表 ₂₋₁ >							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
H 中枢 神经系 统的障 碍	1 激动、坐立不安、情绪不稳定							
	2 焦虑							
	3 轻躁症状							
	4 精神状态变化							
	5 健忘、神智不清							
	6 昏迷							
	7 僵呆							
	8 镇静							
	9 振奋							
	10 食欲不振							
	11 睡眠障碍、失眠							
	12 多梦							
	13 嗜睡、疲劳							
	14 头痛、头晕、晕眩							
	15 失去定向感							
	16 记忆力有问题、记忆力丧失							
	17 社交畏缩							
	18 强迫行为							

续表

B ₁	精神病药物器官系统副作用分类检核周记表< B 表 ₂₋₁ >							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
H 中枢神经系统的障碍	19 盗汗							
	20 打呵欠							
	21 手抖							
	22 肌肉抽筋、痉挛							
	23 肌肉反应敏感度增强							
	24 肌肉疼痛、肌肉僵直							
	25 步态不平稳							
	26 平衡失调							
	27 心律不齐							
	28 生长迟缓							
	29 发烧							
I 消化系统的障碍	1 恶心、呕吐							
	2 胃部不舒适							
	3 腹泻							
	4 便秘							
	5 体重变化、体重增加、体重下降							
J 生殖系统的障碍	1 性欲降低或丧失							
	2 无法达到性高潮							
	3 硬度不够或勃起困难							
	4 射精困难							

续表

B ₁	精神病药物器官系统副作用分类检核周记表< B 表 _{2.1} >							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
K 肝脏 毒性	1 肝脏酵素指数增高							
	2 血氨浓度增高							
	3 肝脏发炎							
	4 疲劳							
	5 食欲不振							
	6 黄疸							

注：整理自沈武典（2007）21 世纪临床精神药理学，台湾合记图书出版社。

注：勾选代码，A→增强，B→持平，C→减弱，D→新增，E→消失。

B ₂	精神病药物器官系统副作用分类检核周记表< B 表 _{2.2} >							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
L 神经毒性	1 镇静							
	2 嗜睡							
	3 手抖							
	4 步态不平衡							
	5 僵呆							
	6 昏迷							
	7 肌肉僵直							
	8 行为性自动症							
M 其他毒性	1 体重增加							
	2 胰脏炎							
	3 头发脱落							
	4 胃部不适							
	5 恶心、呕吐							
	6 失眠							
	7 头晕							
	8 复视							
	9 视力模糊							
	10 多状性红斑疹							
	11 皮肤疹：起泡、脱皮、体温升高、黏膜溃烂。SJS							
	12 行动、讲话迟缓							
	13 视野变小							
	14 焦虑							

续表

B ₂	精神病药物器官系统副作用分类检核周记表< B 表 ₂₋₂ >							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
M 其他 毒性	15 思考混乱							
	16 颗粒性白血球缺乏							
	17 口干、口渴							
	18 口中有金属味道							
	19 水肿							
	20 小便困难							
	21 血压升高							
	22 肝功能指数变坏							
O 戒断 症状	1 头晕							
	2 感觉异常							
	3 手抖							
	4 焦虑、激动							
	5 恶心、呕吐							
	6 流汗							
	7 心跳加速							
	8 视、触、听幻觉及错觉							
	9 痉挛、颤抖							
	10 无精打采、疲倦、嗜睡							
	11 无快乐感、轻郁							

注：整理自沈武典（2007）21 世纪临床精神药理学，台湾合记图书出版社。

注：勾选代码，A→增强，B→持平，C→减弱，D→新增，E→消失。

(3) C 表

C	精神疾病患者症状发展周记表< C 表>							
类别	症状	周一	周二	周三	周四	周五	周六	周日
病情发作主要症状	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							
未发作日常残留症状	1							
	2							
	3							
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
	10							

注：勾选代码，A→增强，B→持平，C→减弱，D→新增，E→消失。

如何调出最适合这个病人的药剂呢？医生必须说明药效作用在哪？副作用是什么？应注意的药后反应是什么？或定期做必要的验血。家属必须每天依照医嘱做观察记录，记录哪些症状变好、变差或持平，以及哪些新增现象？病人有的可以自己陈述心身的变化，有的没有能力感觉或没有能力叙述或没有能力做反应。有的医生病理和药理不会说完整，病人自己也不知自己怎么了，家属更不知道要注意什么。除非副作用反应很激烈，造成病人可观察的痛苦与行为改变，家属才知道回诊时要求换药。否则，回诊时若观察不到明显改变，家属和病人也说不出什么不好，病人只要症状持平或没发作，药物就不见得“必须”调整。除非医生主动要试药（随机或有计划的），或依问诊状况做剂量或服药时间的调整，否则就会停止调药的行为，而继续服用相同药物。

调药是在找出具有疗效的药系（可能是复数，例如第二代抗精神病剂就包括三种药系：混合型接受器阻断剂、第二型及第三型多巴胺特别性接受器阻断剂、局部分性多巴胺接受器阻断剂。同一药系内，还有不同药物可选择），选择适当的剂量及最低而可接受的

副作用。只试到一种药系有疗效，只调至一种药物的副作用可接受，就停止调药而固定服用某些药物，这是常见的情况（例如忧郁症的治疗，是以增加血清素降低正肾上腺素为主。但是血清素太少，不一定是分泌太少；可能分泌正常，但是受器回收的抑制作用太弱了；也可能是分泌太少，回收抑制作用更小；也可能分泌太多，回收抑制作用更大。正肾上腺素太多，也出现上述状况。每种状况几乎都只能用一种药系，请问试药要试多久？怕的不是试太久，是害怕只试到血清素的回收抑制剂有效，就停止试药而一直固定服用此药）。某些状况下，调药却是以降低副作用为主，调换到某种副作用是可以接受的药物之后，就持续服用这种药，也是常见的情况。某些病人对副作用反应很明显也会表达，家人会看药袋上副作用的说明（某些私人诊所看不到药名也看不到说明），还会上网搜索阅读相关的资料，回诊时会对副作用的反应做详细的报告，所以2—4周（1~2次回诊）就会换一次药。换药可能换到没药可换，只好以最低剂量服用某种副作用最小的药。这个药有没有效呢？只要没有发作就是有效——这就是最吊诡的地方，因为可能药系选错了，虽然疗效不清楚，副作用却抑制了发作的可能性。

精神病有正性症状（幻觉、妄想、语无伦次、行为怪异）和负

性症状（兴趣缺乏、情绪冷漠、社交退缩、缺乏面部表情、安静无语、没有动机），典型抗精神病药物都只对正性症状有效（其实也有一个吊诡的解释：药效不一定有，但副作用刚好可以抑制正性症状），且副作用的作用类似于负性症状，所以对负性症状较没效。精神病有反应性和进程性二类，反应性的病人大抵都是正性症状为多，真的遇到一种情况——没有发作就是有效。但是又看到一个新问题，正性症状病人服药后，不是没有正性症状，而是变成负性症状。进程性病人不论正、负性症状，虽然也都会变成负性症状，但是比较能观察到疗效的有无（妄想症病人与被迫害妄想症病人，服药后也往负性症状移动，脑子里的声音却仍然响亮，说久了还是没人信也就懒得再说，却被误认为好了，倒是要特别注意）。

3. 调药与规律用药的病人

从调药（没怎么调或调个没完没了）的过程，到规律用药之后，病人的身体与心理发生什么变化呢？亦即，药物的药效与副作用，对病人的身心造成什么影响呢？这个影响对病人的一生，以及病人

的家属，又造成什么影响呢？

精神病人遭受两波强烈的身心巨创，第一波是精神病性发作，每一次发作后恢复平静时的人，已经不同于这一次发作前的人。哪里不一样？脸型、表情、个性、气质、谈吐、仪态、动作，注意的、在乎的、不注意的、不在乎的，统统都改变了。这些改变病人不知道，家属却一清二楚。家属不能说，怕加重病人压力。因为大家搞不懂，哪些是可逆的，找得回来的？哪些是不可逆的，找不回来的？哪些是可以疗养恢复的？哪些是恢复不了的？

为什么弄不清楚呢？因为病人还遭受第二波：抗精神病药物的冲击。发作时，急诊给予高剂量抗精神病药物或镇静药物，让病人快速镇静下来。接下来不是转精神科病房，就是出院并协助预约精神科门诊。然后呢？然后病人就交付出自己的身体，让抗精神病药物接管每天的生活。除非你敢停诊、停药，直到下次发作前，家属还看得到你——现在的你，虽然已经不同于原来的你，至少看到的不是一个病人。如果一直用药、规律服药，那么家人看到的永远是个病人。

这个病人的样子，还会随着调药的历程而改变，吃 A 药因为 A 药的副作用而有 A 样子，吃 B 药则因 B 药的副作用而有 B 样子。还

好有些副作用是可逆的，换了药以后原来的副作用就会不见了，只是换了新的副作用之后，病人与家属却不知道 A 药已经对不可观察的那些器官系统，造成无法弥补的伤害。就可观察的部分而言，问题在于——病人不断的变脸，吃不同药变不同的脸！

因为体质与病情的个别差异，病人对药物的疗效与副作用的反应会有极大差异。第一代抗精神病药物的副作用如：中央性与外围性抗胆碱作用、 H_1 抗组织胺作用、 α_1 肾上腺素接受器阻断作用、锥体外径症（EPS）迟发性不自主运动（TD）与自律神经系统及内分泌的障碍等，统统不会发生在第二代抗精神病药物服用者身上？错了，还是会出现。第二代药物只有体重增加、血糖、血脂增加，引发代谢系统疾病的问题吗？第三代药物，真的连第二代药物的副作用也消失了吗？错了，药物实验的样本里，没有办法包含每个病人的个别差异。（更何况：很多药物在亚洲上市多年，却还未被核准为美国的处方用药，这又代表什么呢？）

药效的发作从 8 ~ 14 天甚至拉长到 2 ~ 4 星期，确认疗效可能要二个月，请问除了调整剂量与服药时间外，二个月后你要凭借

什么来决定调不调药呢？这二个月，病人又是怎么过的呢？病人和家属都扛不起、挨不过，一定会要求换药的，是出现抗多巴胺作用的 EPS 和 TD（参见上文列表细目）。副作用如果出现在抗胆碱作用、抗组织胺作用和抗肾上腺素作用，或者自律神经系统及内分泌的障碍，其实病人不一定觉察得到，有些肝腺毒性副作用根本就无法明显观察。有些副作用病人感觉得到，却在可接受范围内也没产生痛苦感，所以也不会讲出来。有些副作用出现时，家属甚至要求病人要忍耐，例如：“吃药当然会有副作用，谁叫你要生这种病，要想病好就要忍耐，如果连这样子也不能忍耐，我也没有办法了！”

医生试药、用药剂量调整的快慢，对病人与家属的影响非常巨大。以妄想症为例，若从 25mg 思乐康一直加到 500mg 的全日剂量，一共花了四个月，第五个月维持这个剂量又外加凡律安 25mg，病人的体重从 25 公斤增加至 45 公斤，而幻听扰人依旧如用药之前。这算是谨慎用药，还是折磨病人与家属？病人与家属依旧是每天 24 小时，寸血寸肉地生活在病症与副作用，以及二者所引发的反应与导致的影响之中。每天的怨、气、泪水、无奈与伤恻，绝非“外人”所能体会。

重点还是病人，病人不知道自己怎么了，知道了也会告诉自己，

生病了当然这样。病人就慢慢地、不自觉地，变成另一个人——还是病人。表情愈来愈少，反应愈来愈迟缓，注意力与记忆力愈来愈差，体力愈来愈弱愈易疲劳，脸型愈来愈刻板，情绪愈来愈平淡却又容易起落，动机愈来愈缺乏，愈来愈没有快乐感，体重愈来愈胖……几乎是每个规律用药病人共同的副作用。体重增加一直是服用第二代药物病人的恶梦，可是病人是小孩、老人与男人之时，这个问题却容易被病人和家属忽视。只要病情稳定，血糖、血脂都在正常值里，体重不只超过 5% ~ 10% 已经超过 46%，还继续用药是好还是不好呢？凡律安加到 50mg 了，思乐康 500mg 却还不减，该不该换医生呢？病人与家属通常没有能力思考这个问题，但是他们必须承受这个问题，因为病人以身受药——交出了自己。

4. 精神病人的家属

病人发作时，自己不知道怎么回事与什么样子，家属却吓呆、吓坏、吓死了。在急诊室哭，在病床边哭，在家里哭，一个人哭，大家一起哭。使用高剂量镇静剂之后，病人慢慢醒来，残留症状还

在，但是慢慢消失。家属已经知道：这个人不是原来那个人。家属还在想“原来的人会不会回来？”就已经催着这个人服药，接下来看到的这个人——活脱就是个精神病人。出院后门诊每换一次药，病人的痛苦就换另一种，病人的脸跟着换另一张。病人言行举止的每一个细微变化，不是变化而是消失，好似一个人被慢慢分解掉了，一小块、一小片、一丝一丝地流走不见了，家属看在眼里、听在耳中而不知所措。这一切，病人都不知道，家属统统都看到。

调药是为了没有疗效？还是副作用无法忍受呢？这是家属与病人门诊时的大问题。调到副作用小而可以接受的药，是对症而有疗效的药吗？残留症状没有消失或愈多，是药没效？或剂量不够呢？剂量加重以后，副作用变强，症状就消失的话，还换不换药呢？家属真实面对的病人是什么呢？有残留症状也有副作用的病人？无残留症状却有副作用的病人？后者是很诡异的局面，急性发作的病人在第一或二次发作后，会被要求预防用药。这人并没什么症状，虽然已经不是原来的人却是正常人。预防用药之后，还是没症状但是副作用却缠上身，怎么看都是一个病人。家属疼在心里，可是没用些治疗的药，下次又发作怎么办？疗效可以检查吗？药必须吃多久？第一个答案是没发作就有效，第二个答案是2~5年或终生服药。

家属通常只能——捶心肝，尤其是病人在抱怨副作用时。

不管怎么生活，因为那些细微的小动作、小性子，所以他才是他。生了病又服了药，这些小动作、小性子都不见了，这个人就不是他了。他的自我角色标准不是变了，而是一个个的自我要求与坚持慢慢地不见了。他对家人的相对角色行为期待，也慢慢消失了，他并不要求你要怎样或要对他怎样，就算有也很简单，就算坚持也不会太久。家属发现：原来一起讨论、分享、执行的事，变成自己一个人的事。原来会有的例行活动，也变成自己一个人的事。原来能做、会做、一定要做与不能做、不会做、一定不要做的事，全部变成没事。吃啥？喝啥？做啥？玩啥？住啥？用啥？穿啥？统统不关他的事。长年建立起来的行为互动模式，一个个都不见了。你对自己的要求，病人看不到也不介意。你对病人的要求，他不了解、没去做、也不介意。因为病人除了例行工作（有的可以工作，有的无法工作）之外，虽然有些人还会发闷、生气、哭泣或索要点小东西，但是大部分时间不是昏沉沉地，就是昏天暗地的嗜睡。本来就沒工作，或病后已经

辞职的病人，日子更是乌泱泱的一点头绪也没，整天躺躺卧卧、吃睡轮替之外，若能迷恋上网或看电视，可能还算好事。

以往家属与其共处、共食、共行、共住、共事生活中的点点滴滴喜乐全部没了。病人是活人却没生趣，也没乐趣，更无性趣。夫妻有一人用药，时间到就得催着病人服药，然后万事皆休地让病人入睡，二人就变成“无性”夫妻了。因为病人自己没感觉念头钝了，表情没了，动作慢了，心情淡了。可是坐在一旁的家属看着平板的脸、呆滞的神情、走路的奇怪样子和交谈时 over 的模样，任何事没啥反应，原本这个人主动或被动所给的关怀、疼惜、怜爱、照顾、在乎、痴情与嬉闹，统统都不见了。家属面对天大的窘境：病人对刺激不反应，也不主动发出刺激。家属却必须黏着病人，细心呵护生活的每一方寸。病人都关心不了自己了，哪还有能力关心别人呢？所以家属要演戏哄着病人，也要演戏哄着外人，更要演戏哄着自己。病人如果还有残余症状，家属忙着应付已经六神无主，再加上个副作用，就更是火坑水坑两头踏，不知日子是什么了。

(二) 为什么要预后的心理治疗

一个门诊病人已经固定服用某些药物达六个月以上，代表病情获得部分的控制，但已不再调药。一个住院病人出院之后，固定服用某些药物达三个月以上，也代表病情获得部分控制，但已不再调药。住在精神病床或出院住进疗养院的病人，固定服用某些药物达三个月以上，也代表病情获得部分控制，但已不再调药。不再调药，代表病人可能必须一直维持现状——当个病人，生活在精神科医院、疗养院或家里。这就是药物治疗所给予的最佳状态。病人没能力发表意见，但是家属能够满意吗？家属会心死了，不再努力了吗？当然不可能，血肉相连的亲情让家属——永不放弃。

1. 要求继续调药吗

精神科医师会依照病理分析做出治疗计划，分阶段把该“试”的药系都试完吗？A药系试到副作用小而病人可接受，且对残留症

状或发病时症状或发病前“动机—情绪—行为”模式有抑制作用之疗效的药品之后，症状达到另一种稳定性之时，是否要开始“试”另一药系的药品呢？从血清素、正肾上腺素、多巴胺的分泌促进或抑制，到回收这三种分泌物接受器的抑制作用强弱的调节，不同的病人该试哪些不同的药系呢？家属不是精神科医师，可是家属可以在某药品固定用药三个月之后，向医师“建议”再“试”别的药吗？有些家属“不敢”，有些家属“不知道怎么说”，有些家属“不知道可以这么做”，还有些家属已经折磨到放弃了：“只要保持稳定不发作就好，别弄花样了！如果更糟怎么办？”

这个难以抉择或行动的时机点，就需要临床心理师的协助了。家属若在这时要求转介临床心理科，进行联合治疗，临床心理师就能站在病人与家属的角度，依照临床心理学的观点，来与精神科医师沟通讨论试药的计划与可能性。

2. 精神疾病的病因与治疗模式

一个人在 36 岁 10 个月又 2 天忧郁症或精神分裂症发作，是因为 DNA 预设的讯号启动了吗？这个人的血清素、正肾上腺素、多巴胺分泌多少？与受器的抑制作用的强弱？出现了异常现象，是因为

生理上预设好的时间表，还是被其他分泌物或其他器官系统的影响所致？或是心理因素的干扰导致的功能性障碍？是身心症还是心身症？因为精神疾病的“身”是指脑部，脑部的操作出现心理功能，所以有别于其他器官系统的身心 vs. 心身之事，讨论这个问题是没有意义的。精神状态，可定义为：个体对心理与生理状态的统整能力。精神、心理与生理这三个界面，是融合一起而不可分立的。探索精神疾病时，不宜把“遗传—生理—心理—行为—社会环境—文化”其中某一个当作最初的“因”，把其他当作一连串的“果”。多元整合的模型是较周延的，致病的原因可能是多元共构，可是治疗的方法，却可区分为“药物治疗模式”、“非药物治疗模式”与“联合模式”，企图在“共构”的身心基础上恢复病人的健康。

脑中不同分泌物的多少与比例，会影响个人的心理状态与社会行为。人在不同的社会环境、不同的行为模式、不同的动机与情绪模式中，脑中各分泌物的多少与比例也会发生改变。采用药物来改变脑中各分泌物多少与比例，称之为精神药物治疗。采用操作药物

以外多元模式来改变脑中各分泌物的多少与比例者，称之为非药物治疗模式或心理治疗模式。从 1952 年发现第一代抗精神病剂至今，药物治疗模式已成为精神疾病治疗的主流。21 世纪当代的心理治疗，则以科学的量化与复验原则，以“行为改变技术”统筹各种非药物治疗模式，建构一种新的“生理—心理”治疗路径。所以采用精神药物治疗模式的病人，若已达到最佳治疗状态，正是心理治疗正式接手的最佳时机。预后心理治疗是精神药物治疗与心理治疗的联合治疗，这种治疗模式的采用，代表着家属永不放弃的决心，更是朝向痊愈之路的最大努力。

（三）开启预后心理治疗

病情稳定而规律服药的精神病人，服用相同药物达三个月（住院）至六个月（门诊）时，代表精神药物治疗已进入“高原现象”——已经达到最佳疗效。家属若企图协助病人推进另一个高原现象而朝向痊愈之路（不只是控制），宜求助于临床心理师开启预后心理治疗。

1. 心理治疗模式的操作

心理治疗模式的操作，包括以下三个阶段：

（1）依照心理治疗的观点，可以把精神病患的心身状态，区分为以下四种 S—R 模式：

A：发病前的习惯性 S—R 模式。

B：发病时的 S—R 模式。

C：发病后残留症状的 S—R 模式。

D：规律用药期副作用 S—R 模式。

临床心理师比对分析这四种 S—R 模式，寻找前三项的相关，及介入“药物变项”后第四项的改变。

（2）精神疾病的心理治疗分析技术

先建构 A：发病时 S—R 模式；次建构 B：发病后残留症状 S—R 模式；再建构 C：发病前习惯性 S—R 模式；最后再依三种模式的分析来订定 D：现在行为改变的 S—R 模式。心理治疗观点认为：A 模式 - B 模式 = 隐性因子，B 模式 = 显性因子。C 模式中包涵：隐性与显性因子或与其类似或相反的 S—R 模式。比对 $C \rightarrow B \rightarrow A$

的进程性发展因子与突发的反应性因子，进而订出行为改变的目标与 S—R 模式的矫治计划。

（3）精神疾病的心理治疗策略

心理治疗策略区分为：心理治疗与联合治疗两大类。

A、心理治疗

病人接受心理治疗模式时，临床心理师进行下列程序：

（A）诊断与量化

先针对症状、残留症状与副作用，建立比对的脑电波量化模型。

（B）症状治疗

针对症状、残留症状与副作用，建立疗程、效标与治疗计划再采取有效的非药物治疗技术，完成症状治疗。

（C）行为改变 S—R 模式治疗

采取上述精神疾病心理治疗分析技术，订定行为改变目标与 S—R 模式的矫治计划，排订时间表执行深度心理探索的行为改变作业。

（D）家族治疗

全家人，尤其是主要照顾者，都已经耗尽毕生心力而急待救援，临床心理师会执行家族治疗与特别心理治疗，解除主要照顾者心身

疾病的征候与倾向，重建生命的价值、家庭价值与主体的价值。并教授如何有效帮助病人与自己的方法，以及如何帮助家属，家属如何互助的方法。

B、联合治疗

病人已经接受药物治疗，又寻求心理治疗的协助时。

(A) 病史与药史

临床心理师详细了解病史与药史，模拟病理分析与用药计划，向家属确认试药与用药历程，推论试药的阶段与调药疗效，以及每次调药时副作用的变化。

(B) 执行上述心理治疗技术的四阶段作业。

(C) 协助病人家属，向精神科医师说明“病情、用药反应与副作用”，或提出调药的建议。临床心理师也会以书面文字或电话或面谈或陪诊方式，协助病人与家属向精神科医师沟通病情与联合治疗计划。临床心理师在疗效确认之后，会协助调药、减药与断药三阶段的沟通与计划。若有急性症状渐增或突发危机，也会协助病人

复药、加药、调药或住院的沟通与计划。

2. 预后心理治疗的时机

所有规律服用固定药物的病人，或是在“预防用药”治疗策略下用药的“病人”，都建议立即开启预后心理治疗。预后心理治疗的联合治疗模式，是目前以精神药物治疗为首选的“看病文化”最佳的补充或修正模式。“精神药物治疗+联合治疗（心理治疗+药物治疗）+心理治疗”模式，可能是目前“以病人和家属利益为中心”的最佳治疗模式。若精神科医师未能主动转介，家属亦应主动要求转介心理治疗，或主动挂诊“临床心理科”启动预后心理治疗的疗程。当精神药物治疗用力把病人推向痊愈之路，推进到不能再推的地方，又用力顶住不让病人退步的时候，临床心理师伸出双手再推一把。两个不同治疗取向的专业人员，你推我顶、我推你顶的整合医疗力量——预后心理治疗，将协助病人进一步地解除疾病与药物副作用的威胁。病会好，病人却不会变回原来那个人。重建一个新的人，让全家人共同接纳这个新人，共同协助这个新人重新开启新的人生。如何帮助病人改变致病的显性与隐性因子，解除残留症状并降低再



次发作的可能性？如何帮助病人（重）建立新的生活、工作、学业的知能，让他有能力享受生活的乐趣？如何让家属重拾家庭生活的欢笑，主要照顾者得到新的动力、能力、价值、慰藉与喜乐？这是预后心理治疗的三大目标。

